REVISTA DE NEURO-PSIQUIATRIA

DIRIGIDA POR

Honorio Delgado y J. O. Trelles

JEFE DE REDACCION

Carlos Gutiérrez-Noriega

SECRETARIOS DE REDACCION:

P. Anglas Quintana, León Mejía y J. Voto Bernales C.

PUBLICACION TRIMESTRAL

Tomo II No. 3

Lima - Perú

1939

Dirección : Revista de Neuro-Psiquiatría, Casilla 1589, Lima, Perú.

SUMARIO DEL N°. 1

Honorio Delgado : Psicología general y psicopatología de la voluntad . . . . . .
Oscar Trelles y Jorge Voto Bernales C. : Formas cerebelosas del síndrome de Guillain-Barré . . . . . .
Carlos Gutiérrez-Noriega y Humberto Rotondo : Catatonía experimental producida por cocaína . . . . . .
Federico Sal y Rosas : El tratamiento de la epilepsia por el Cardiazol . . . . . .
Armando Coello Vinatea : Nueva técnica de la punción sub-occipital. Su aplicación en la encefalografía . .
NOTICIA DE LIBROS . . . . . .
REVISTA DE REVISTAS . . . . . .
INFORMACION . . . . . .

SUMARIO DEL N°. 2

J. O. Trelles y P. Anglas Quintana : Mecanismo de la crisis epiléptica espontánea y cardiazólica . . . . . .
C. Gutiérrez-Noriega y H. Rotondo : Relaciones neurovegetativas en la epilepsia experimental . . . . . .
Arturo Jiménez Borja : Historia e iconografía de un esquizofrénico . . . . . .
Alejandro Arellano Z. : El líquido céfalo-raquídeo en la altura. Verificación en un caso de enfermedad de Monge
NOTICIA DE LIBROS . . . . . .
REVISTA DE REVISTAS . . . . . .
INFORMACION . . . . . .

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

REVISTA DE NEURO-PSIQUIATRIA

Cátedra de Psiquiatría y Neurología

Lima — Septiembre 1939 — T. II. N° 3.

SUMARIO

TRABAJOS ORIGINALES :

Págs.

Oscar Soto : Diagnóstico radiológico y diferencial de la Hiperostosis Frontal Interna 325

J. O. Trelles y M. Méndez : Sobre cuatro casos de Síndrome de Stewart-Morel (Hiperostosis Frontal Interna) 342

Juan Francisco Valega : Efectos neuro-psíquicos del trauma eléctrico 363

Federico Sal y Rosas : El tiempo de reacción al Cardiazol en los epilépticos y en los no epilépticos 373

Juan Tauro del Pino : Estudio experimental de la evolución del pensamiento esquizofrénico en el tratamiento por el Cardiazol 391

Carlos Gutiérrez-Noriega : El pensamiento mágico en las pinturas del Antiguo Perú 426

NOTICIA DE LIBROS :

L. A. Chávez Velando : **El síndrome astigmático** (J. O. T.) 462.—A. Dembo y J. Imbelloni : **Deformaciones intencionales del cuerpo humano de carácter étnico** (C. G. N.) 462. — Raymond Lallau : **L'orientation professionnelle au cours d'examens médico-psychologiques et d'orientation professionnelle des mineurs délinquants de Lille** (H. D.) 464.—O. Lange : **Sífilis nerviosa pre-clínica** (J. O. T.) 464.—L. Puusepp : **Chirurgische Neuropathologie. II Band : Das Gehirn. Erster Teil** (M. Méndez) 465.—Nerio Rojas : **La psiquiatría en la legislación civil** (H. D. 466.— Luis N. Sáenz : **La coca. Estudio médico-social de la gran toxicomanía peruana** (C. G. N.) 467. — Lázaro Sirlin : **Trastornos funcionales del sexo** (León Mejía) 467.—G. Villey : **La Psychiatrie et les Sciences de l'Homme** (J. O. T.) 468.— Serge Voronoff : **Greffe des glandes endocrines** (León Mejía) 468.—Varios Autores : **Publication from the Institute of Neurology of the Northwestern University Medical School** (J. O. T.) 469 462-469

REVISTA DE REVISTAS :

Arquivo do servico de Assistencia a Psicopatas do Sao Paulo. Paulo Pinto Pupo : Meningioma da regiao quiasmatica invadindo o parenquima cerebral, en menina de 7 anos" (J. O. T.) 470.—**Bulletin General de Therapeutique.** P. - R. Bize : "Le facteur mental dans l'énurésie" (León Mejía) 470.— **Fortschritte der Neurologie Psychiatrie und ihrer Grenzgebiete"** (H. D.) 471.— **Hospital.** A. Bor-

(Sigue a la vuelta).

Biblioteca
Enrique Encinas
Hospital Victor Larco Herrera

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

gês Fortes e I. Costa Rodrigues : "Meningioma do IV ventrículo" (Jorge Lazarte A) 473.— **Jornal de Pediatria.** I. Cunha Lopes y A. Borges Fortes : "Epilepsia sem feixes piramidais, microcefalia, porencefalia e agenesia do corpo caloso em una idiota com diplegia espasmódica" Jorge Lazarte A.) 473.—**Journal Belge de Neurologie et de Psychiatrie.** M. Gross et G. Gross-May : "De certains accidents au cours de la cure de Cardiazol chez les schizophrénes" (León Mejía) 474.— **Journal of Mental Science.** Morton A. Rubin & Louis H. Cohen : "A variability study of the normal and schizophrenia occipital alpha rhythm. II. The electro-encephalogram and imagery type" (C. G. N.) 475.— **Journal of Nervous and Mental Disease.** Honorio Delgado : "Treatment of Schizophrenia with Cardiazol in vonvulsant doses" (C. G. N.) 476. — **Neurobiologia.** R. Ribeiro y A. Di Lascio : "Choque protaído grave durante o tratamento de Sakel" (C. G. N.) 476.— **Note e Riviste di Psichiatria.** Giorgio Segliani : Reperti clinici ed ematologici in ammalati tratati con l'acceso convulsivo elettrico e con quello cardiazolico" (C. G. N.) 477.— **Ospedale Psichiatrico.** Giuseppe Pellacani : "Realizzazioni e aspirazioni nella cura e profilassi della criminalitá minorile" (León Mejía) 477.— **Psychiatric Quarterly.** Horatio M. Pollock : "A statistical study of 1,140 dementia praecox patients treated with metrazol" (H. D.) 478.— **Rassegna di Studi Psichiatrici.** A. Gareizo, J. Pereyra Kafer, E. Pedace y L. Raskovsky : "Leucoencéfalo-esclerosis centrolobar, simétrica, primitiva y progresiva" (Jorge Lazarte A.) 480.— **Revue Neurologique.** J. de Buscher, H. J. Scherer y F. Thomas : "La méningite á Torula" (J.O.T.) 481. J. Tinel : "Un cas de rage humaine" (J. O. T.) 482.— **Rivista di Neurologia.** G. Pansini y S. Caccuri : "Contributo alla conoscenza delle sindromi nervose da malaria" (M. Méndez) 482.— **Zeitschrift für Altersforschung.** Hans W. Gruhle : "Der Einfluss des Alterns auf den Ablauf seelischer Stoerungen" H. D.) 483.— **Zeitschrift für Psychische Hygiene.** K. Pohlisch : "Prophylaxe des Rauschgiftmissbrauchs" (H. D.) 285 470-485

SOCIEDAD DE NEURO-PSIQUIATRIA Y MEDICINA LEGAL :

Sesión del 5 de Julio de 1939. J. O. Trelles y Mario Méndez : "Sobre cuatro casos de síndrome de Stewart-Morel (Hiperostosis Frontal Interna)" 487.— Federico Sal y Rosas y Camilo Dongo : "El intervalo pre-convulsivo cardiazólico en los epilépticos" 487.— Carlos Krumdieck : "El Cardiazol en la parálisis infantil" 487.— **Sesión del 9 de Agosto de 1939.** J. O Trelles y Mario Méndez : "Caso clínico de Síndrome de Cecile Vogt (Estado marmóreo del estriatum)" 488.— Oscar Soto : "Diagnóstico radiológico y diferencial de la Hiperostosis Frontal Interna" 488.— Max González Olaechea : "Meningitis neumocócica y su tratamiento" 488.— Honorio Delgado : "El sulfato de benzedrina en la melancolía" 488.— **Sesión del 7 de Septiembre de 1939.** Incorporación del doctor Gregorio Marañón como Miembro Honorario de la Sociedad. 489.— Honorio Delgado : "Luxación recidivante del hombro en la epilepsia espontánea" 492.— Guillermo Gastañeta : "Luxación recidivante en la epilepsia" 493.— Luis Suárez y Mario Méndez : "Caso clínico de ataxia frontal" 493.— C. Gutiérrez-Noriega : "El shock hipoglicémico en los gatos descerebrados" 494.— C. Gutiérrez-Noriega : "Efectos de la destrucción progresiva del tronco encefálico sobre la intensidad de las reacciones epiléptica y vascular del Cardiazol" 494 487-494

INFORMACION:

Tercer Congreso Internacional de Neurología 496

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

REVISTA DE NEURO-PSIQUIATRIA

Cátedra de Psiquatría y Neurología

Lima | Septiembre 1939 | T. II. N° 3.

DIAGNOSTICO RADIOLOGICO Y DIFERENCIAL DE LA HIPEROSTOSIS FRONTAL INTERNA *

Por OSCAR SOTO

RADIOLOGIA DE LA HIPEROSTOSIS FRONTAL INTERNA

Este síntoma radiográfico de la Enfermedad de Stewart-Morel está caracterizado por un aumento de espesor de la bóveda del cráneo a nivel de la porción vertical del frontal, que no se extiende a la porción orbitaria del mismo hueso, pero que puede avanzar hasta la región parietal de la bóveda.

La localización de la hiperostosis es como lo indica su nombre, en la cara interna o cerebral del frontal. Nunca se observa en la cara anterior o cutánea.

Para el estudio radiográfico basta generalmente con obtener dos imágenes del cráneo : una en incidencia frontal, sentido occípito-frontal y otra en incidencia lateral.

En las radiografías laterales de los casos de H. F. I. se observa, siguiendo en dirección occípito-frontal el contorno de la tabla interna de la bóveda, que en cierto punto esta tabla pierde su paralelismo normal con la tabla externa, diverge mas o menos de ella y dibuja salidas de importancia variable hacia la cavidad intracraneal, limitadas por un contorno irregular. Este contorno es en ciertos casos muy nítido y fácil de seguir, mientras que en otros es impreciso y se continúa insensiblemente con las regiones inferiores.

---

* Comunicación a la Sociedad de Neuro-Psiquiatría y Medicina Legal, sesión del 9 de agosto de 1939.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

El grado de aumento de espesor de la zona de la bóveda así alterada, expresa la importancia del proceso hiperostósico.

La densidad del hueso afectado es generalmente superior a la normal. Las pequeñas áreas de osteoporosis visibles en algunos puntos no bastan para modificar este aspecto predominantemente osteoesclerótico o condensante.

Aunque las radiografías en perfil son las más demostrativas, las frontales nos suministran también datos de interés. En ellas podemos apreciar la alteración de la estructura ósea del frontal, que ha perdido su aspecto areolar y uniforme y está reemplazado por otro unido, ebúrneo. Se puede observar también la extensión en sentido lateral de la hiperostosis y cómo ésta respeta la línea media sagital. Nos muestra además, en los casos de localización alta o parietal, la modificación del contorno cóncavo normal de la superficie intracraneal de las regiones superiores de la bóveda, que la hiperostosis ha vuelto rectilíneo y hasta ligeramente convexo.

No es inútil advertir que la comprobación de un simple aumento de espesor de la bóveda, generalizado y uniforme, no tiene valor diagnóstico, ya que al estado normal el grosor de la calota craneal puede variar del simple al doble y aún algo más. En los casos dudosos será conveniente recordar que es preponderante en la región occipital. Asimismo la posibilidad de existencia de calcificaciones a nivel de la hoz del cerebro. En todo caso el conocimiento profundizado de la anatomía radiográfica del cráneo, adquirido por la lectura de muchas radiografías, no será nunca excesivo para dirimir en los casos poco acentuados o en los limítrofes entre lo normal y lo patológico.

La radiografía N° 1 corresponde a un caso de síndrome de Stewart-Morel con hiperostosis localizada a la mitad posterior de la porción vertical del frontal. La radiografía en posición frontal que completa ésta de perfil no ha dado una reducción satisfactoria que permita observar los detalles interesantes que presenta, motivo por el cual no la reproducimos.

La radiografía N° 2 de otro caso similar revela alteraciones hiperostósicas en la casi totalidad de la porción vertical del frontal.

Estas imágenes están destinadas a recordar los aspectos semejantes que el Dr. J. O .Trelles tuvo a bien mostrar en la última sesión de esta Sociedad en su interesante y completa exposición sobre la Hiperostosis frontal interna.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL RADIOLOGICO

Al estudiar radiológicamente un posible síndrome de Stewart-Morel, es necesario tener presente las diversas enfermedades que

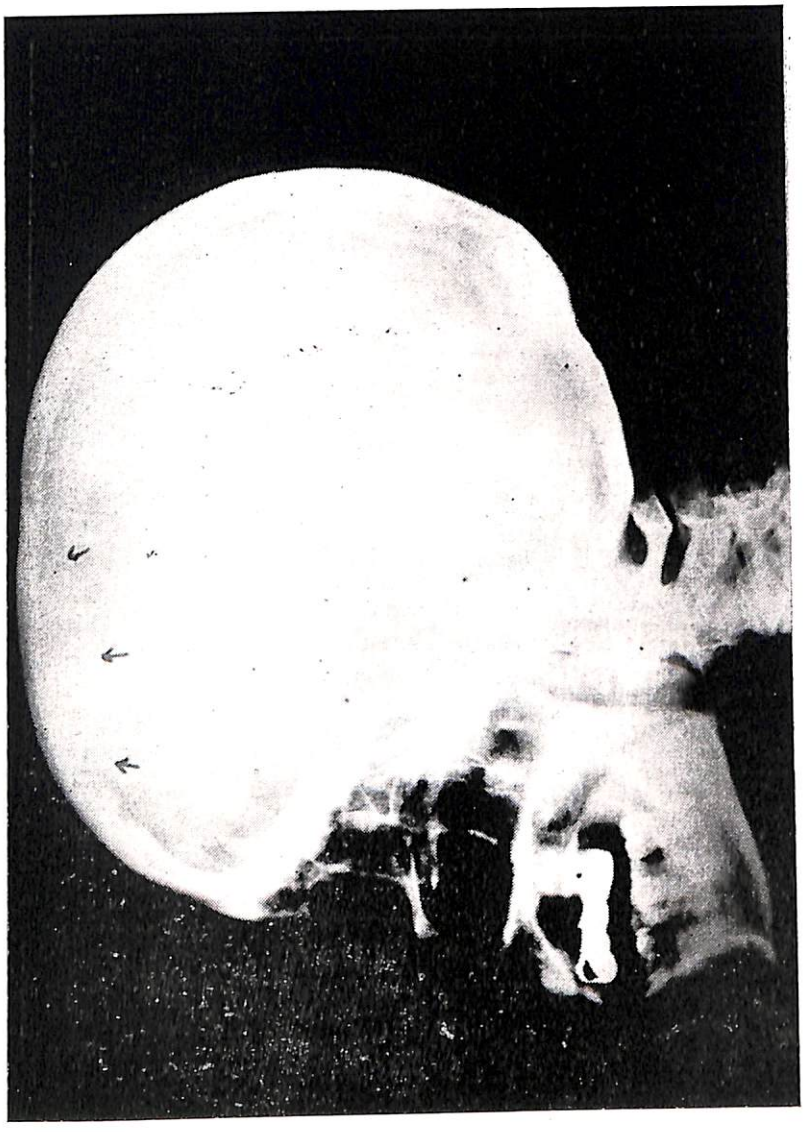


Fig. 1. Hiperostosis frontal interna.

pueden ocasionar hiperostosis craneales. Cinco son, a nuestro juicio, las que podrían considerarse: los osteomas de la bóveda, la Acromegalia, la Hemicraniosis, la Enfermedad de Paget y la Leontiasis ósea.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Osteomas de la bóveda. Sólo cuando radican en la región fronto-parietal podrían suscitar dudas. El examen cuidadoso de los contornos de ambas tablas de la bóveda mostrará sin gran dificultad que la hiperostosis reside en estos tumores benignos óseos en la

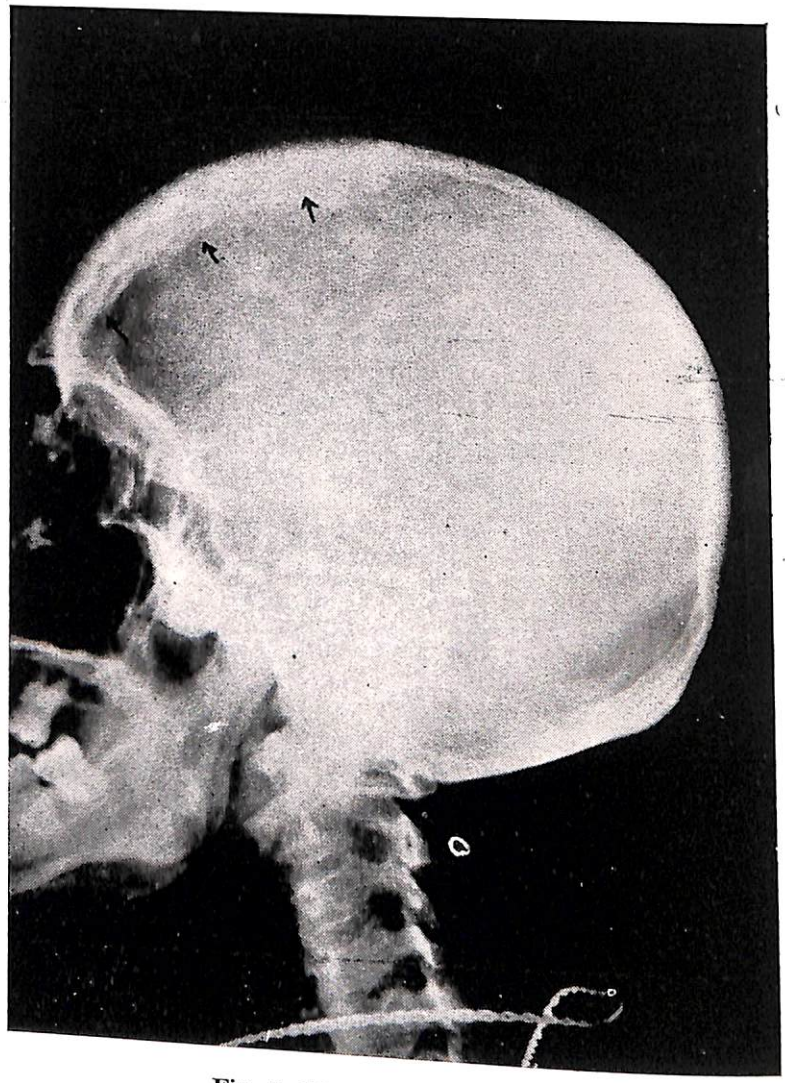


Fig. 2. Hiperostosis frontal interna.

tabla externa, mientras que la interna sigue su dirección normal, contrariamente a lo que ocurre en la H. F. I.

Acromegalia. El adenoma del lóbulo anterior de la hipófisis se

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

acompaña de signos esqueléticos susceptibles de ser puestos en evidencia por el método radiográfico, de los cuales varios se localizan en el cráneo. Los cráneos de acromegálicos, son siempre más o menos hiperostósicos, pero sin localización a determinada región de la bóveda. El aumento de espesor se encuentra uniformemente des-

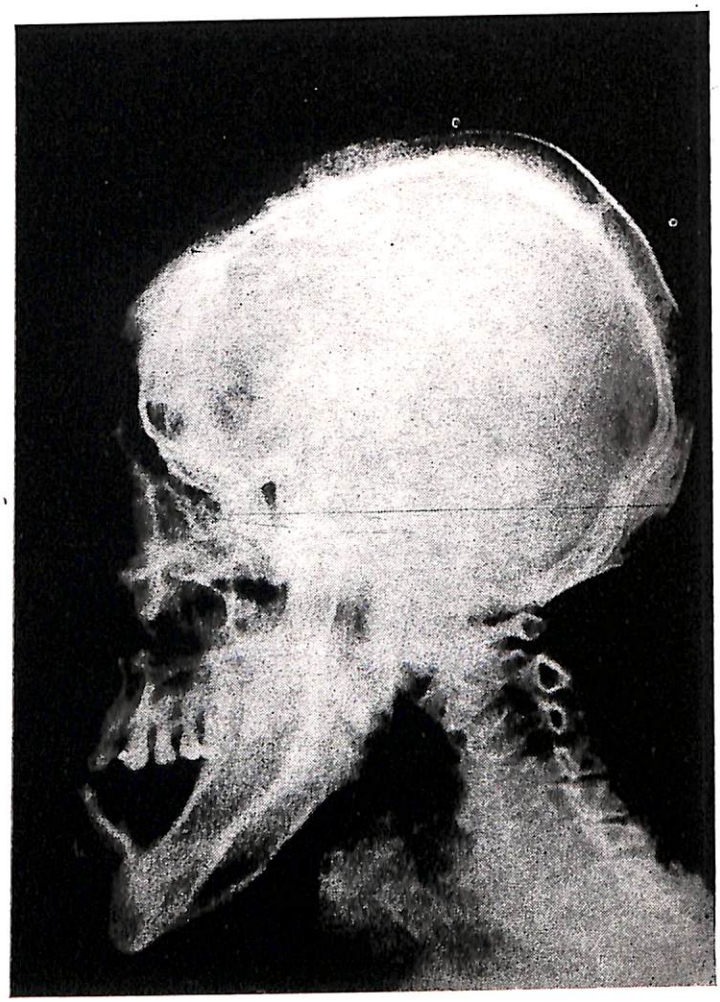


Fig. 3. Acromegalia.

de la región inmediatamente superior a los senos frontales hasta la región occipital inclusive. Las dos tablas no demuestran alteraciones de dirección y la estructura del diploe se reconoce con sus caracteres normales. Sólo un examen superficial explicaría la confusión con una H.F.I. Además están presentes en la radiografía

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

los otros signos que se encuentran en estos pacientes, como el que motivó la radiografía N° 3 portador de un cuadro clínico bastante típico de acromegalia: aumento de dimensiones de los senos fron-

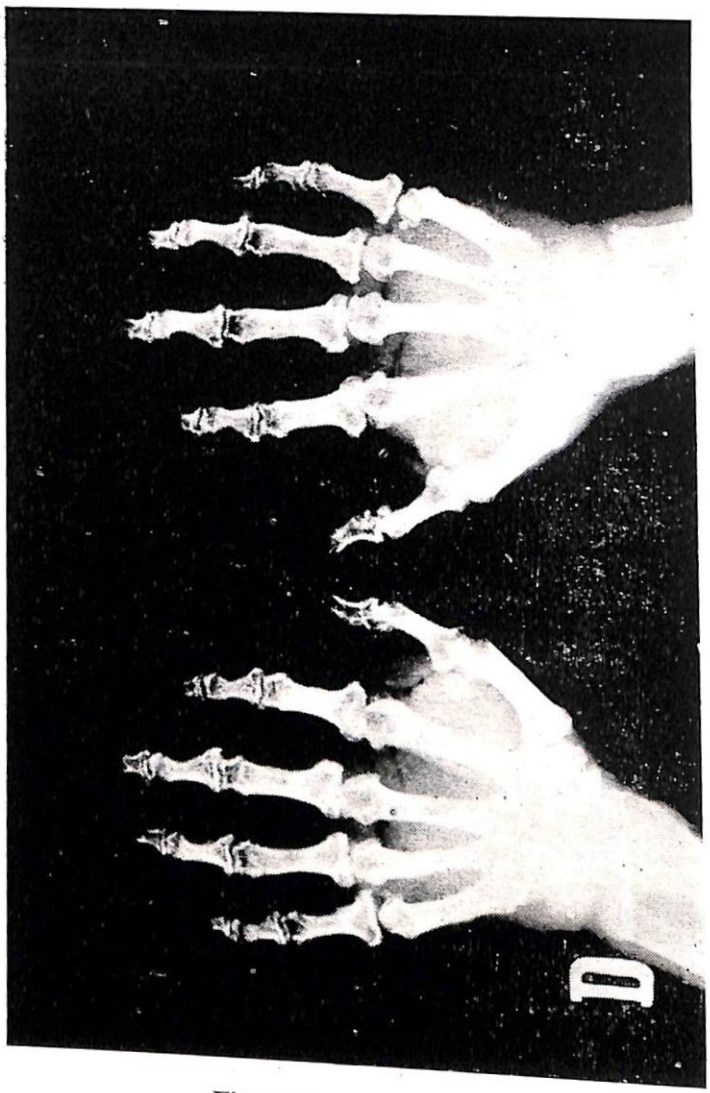


Fig. 3 bis. Acromegalia.

tales, silla turca ensanchada, prognatismo, aumento del ángulo formado por el cuerpo del maxilar inferior y su rama ascendente y cierto grado de separación de las piezas dentarias. A la misma paciente pertenece la radiografía 3a. de ambas manos que tienen

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

una configuración general y una morfología y estructura de las regiones metacarpo-falángicas, típicas de tal enfermedad.

Un detalle de singular importancia en este caso, es la comprobación al lado de los signos mencionados, de una verdadera hiperostosis frontal interna, en la parte inferior de la porción vertical. Ca-

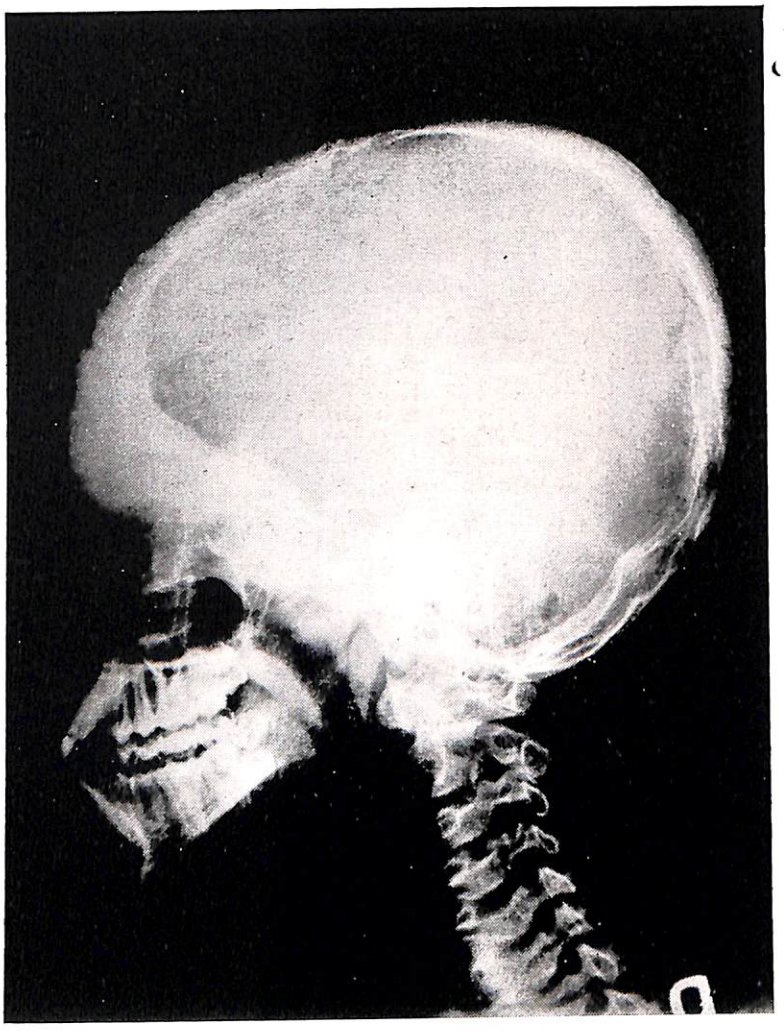


Fig. 4. Hemicraniosis.

bría preguntarse si en esta paciente que no presentaba obesidad, los signos clínicos hipofisiarios han podido enmascarar los de la Hiperostosis frontal interna o modificarlos en cierto modo como para producir un síndrome frustro.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Hemicraniosis. Es también una hiperostosis craneal que podría ser confundida a primera vista con la H.F.I. pero, que un estudio cuidadoso de sus caracteres permite identificar con seguridad. Está caracterizada por alteraciones hiperostósicas que ocupan

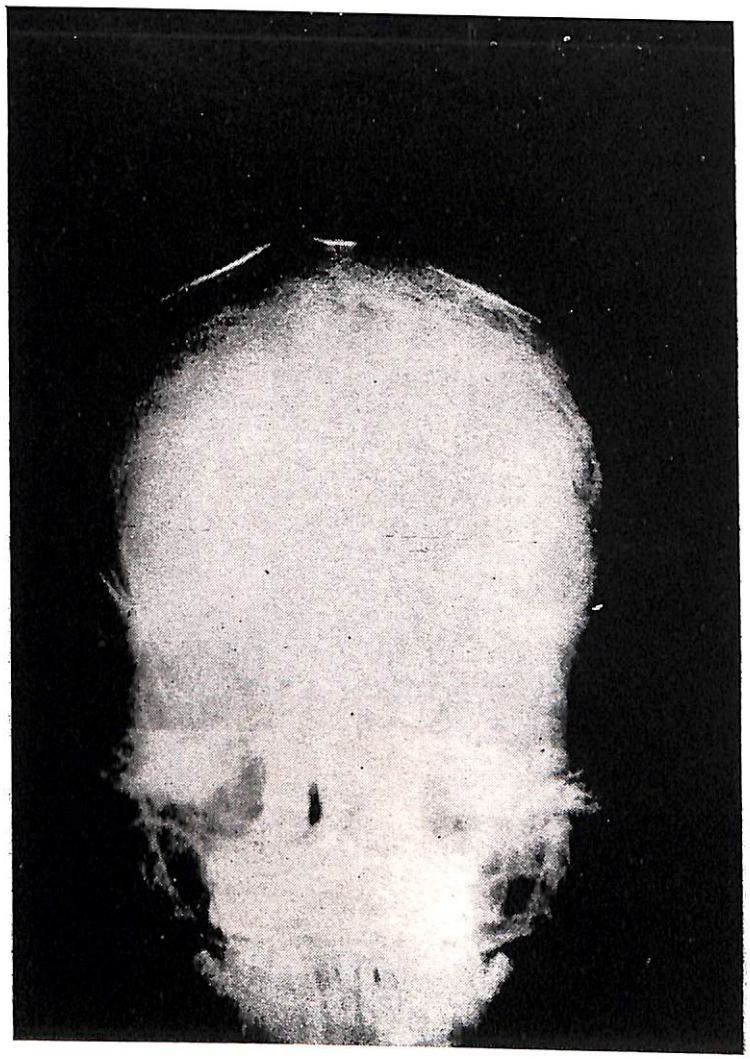


Fig. 5. Hemicraniosis.

sólo una mitad del cráneo y se reparten en ella coincidiendo con el territorio de la rama oftálmica del trigémino. Brissaud y Lereboullet que describieron por primera vez en 1903 esta entidad nosológica, encontraron a la autopsia de uno de sus casos, fallecido con

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

signos de tumor cerebral, la dura madre de la región afectada, adherente por su cara externa a tumores óseos exteriormente visibles y por su cara interna a otros tumores calcificados, con aspecto y estructura de sarcomas angiolíticos, que penetraban al cerebro. La Hemicraniosis, enfermedad congénita y en relación con alteraciones dependientes de la dura madre para los autores franceses citados y otros, es considerada como un trastorno distrófico secundario a la existencia de una neoplasia aracnoidea cuyo desarrollo se haría en forma muy lenta, por Cushing. Es enfermedad muy rara y creemos que no haya sido señalada entre nosotros.

Las radiografías Nos. 4 y 5 en perfil y frontal del cráneo, pertenecen a un paciente del Dr. J. J. Mostajo, de 14 años de edad que desde su nacimiento, presentaba cierta deformación en el frontal, que se acentuó progresivamente y con más rapidez en los últimos tres años y que actualmente presenta una franca asimetría facial, con desviación del globo ocular hacia abajo y afuera y presencia de tumoraciones duras no adherentes a la piel y si íntimamente al plano óseo, indoloras, algo granulosas al tacto y que ocupan el ángulo interno de ambos ojos, más notablemente el izquierdo, la base del dorso de la nariz y la región superciliar izquierda. No presenta alteraciones en la visión, en los movimientos de los globos oculares, ni síntomas en relación a los pares craneales o de hipertensión intracraneal, ni del psiquismo.

Las radiografías señaladas revelan hiperostosis del hueso frontal en su mitad izquierda, que va aumentando progresivamente desde la sutura coronal hasta la región superciliar que alcanza un grosor aproximadamente cuádruple al normal. Esta hiperostosis se ha efectuado como lo muestra elocuentemente la radiografía lateral, tanto a expensas de la cara cutánea del frontal, como también y principalmente de la interna o cerebral avanzando en la porción orbitaria del mismo y llegando hasta el esfenoides inclusive. El hueso así modificado de espesor, ha perdido también su estructura normal, presentándose con un aspecto semejante al que se encuentra en los cráneos pagéticos: zonas de osteoesclerosis predominantes que alternan irregularmente con otras menos pronunciadas de osteoporosis. El cráneo presenta en conjunto una opacidad mayor en las regiones izquierdas afectadas que en las simétricas del lado opuesto. Puede verse además, en las radiografías, alteraciones morfológicas y de simetría, consecuencia de la repartición de la hiperostosis: 1° disminución del área orbitaria y su desviación hacia abajo y al-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

go hacia afuera, con pérdida de sus relaciones anátomo-radiográficas normales con el seno maxilar subyacente, que a su vez acusa dimensiones y transparencia disminuídas. 2° opacidad del seno frontal izquierdo, del seno esfenoidal y de las células etmoidales del

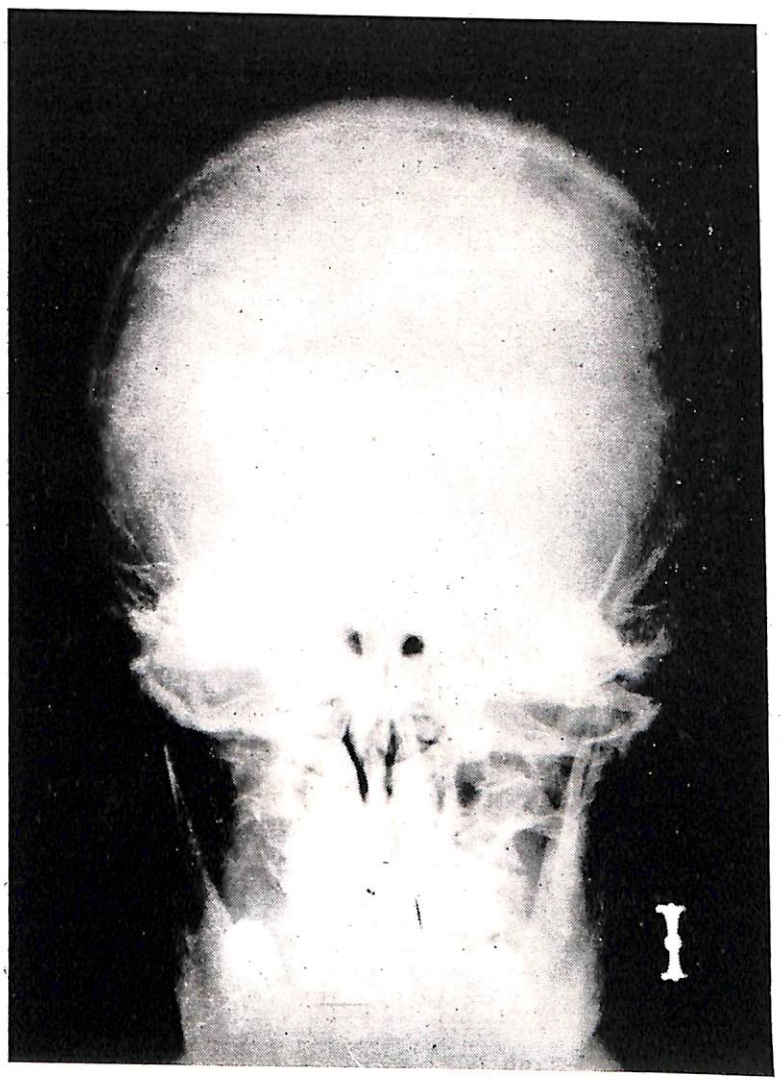


Fig. 6. Enfermedad de Paget.

mismo lado. 3° aproximación de las apófisis clinoides anteriores a las posteriores y 4° desviación del tabique medio nasal a la derecha con opacidad de la parte superior de la fosa nasal izquierda.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Como puede verse, la unilateralidad de la hiperostosis, la participación de la porción orbitaria del frontal y de la mitad correspondiente del piso anterior de la base del cráneo, conducirán a un diagnóstico diferencial entre Hemicraniosis y Enfermedad de Stewart-Morel.

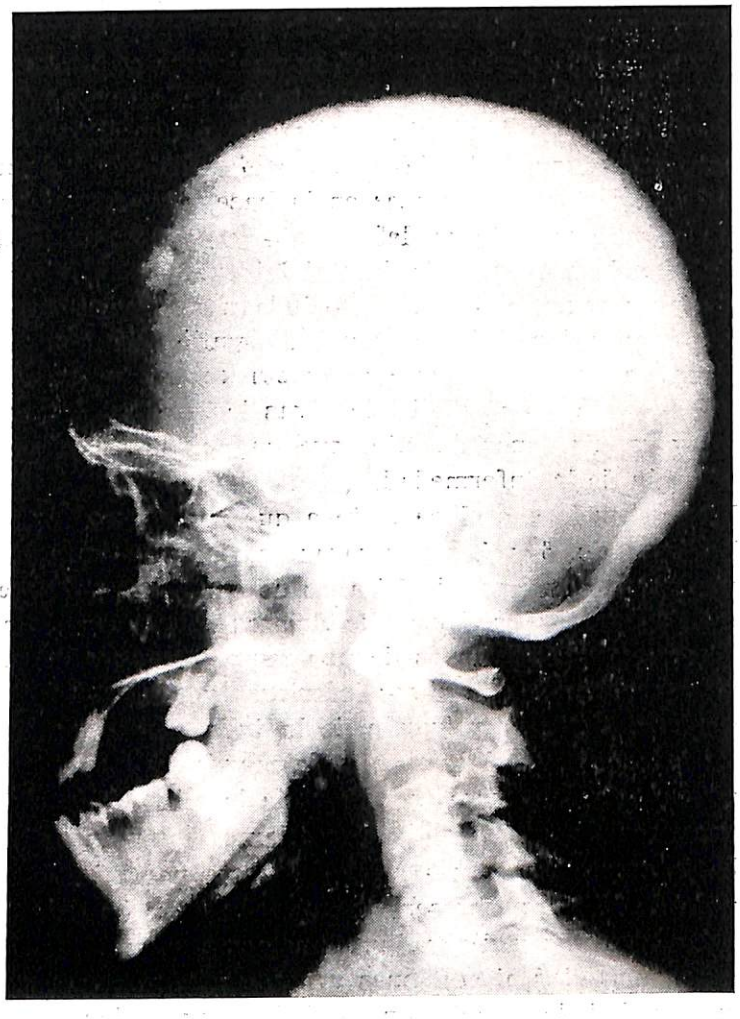


Fig. 7. Enfermedad de Paget.

Enfermedad de Paget. La localización en el cráneo de la Osteitis deformante progresiva de Paget puede imitar hasta cierto punto el aspecto radiográfico de la H. F. I. La degeneración fibrosa de la médula ósea y la proliferación de tejido conjuntivo en los

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

canales de Havers ensanchados no son como se creyó mucho tiempo peculiares a la enfermedad de Paget. Representan sólo una reacción banal del hueso ante una serie de causas irritantes, causa que en la Osteitis deformante nos escapa hasta hoy. La expresión radiológica de Osteitis fibrosa, la destrucción rápida y la reconstrucción atropellada sin calcificación completa del hueso, se manifiesta por un aumento de espesor de la bóveda, uniformemente repartido, con pérdida de la densidad normal ósea y predominio de osteoporosis. Esta última, con el aspecto moteado que confiere a toda la bóveda, "en algodón", sin localización a una determinada región, junto con el aumento de volumen global de la cabeza y con la ausencia de lesiones aparentes en la base, caracteriza suficientemente un cráneo de Osteitis deformante y permite su diagnóstico diferencial con la Hiperostosis frontal interna.

En los casos que den lugar a duda por lo poco avanzado de las lesiones, procedería el efectuar radiografías de otras regiones esqueléticas, ya que actualmente se acepta que no existe cráneo pagético que no esté acompañado de otras lesiones en los miembros inferiores y raquis especialmente, que hayan precedido a aquellas en la evolución de la enfermedad.

Tal ha ocurrido con el paciente a que pertenecen las radiografías del cráneo No. 6 y 7, cuyos caracteres se ajustan a lo expuesto anteriormente. Enfermo de 57 años de edad, con primeras manifestaciones aparentes en forma de dolores reumáticos lumbares y sacro-ilíacos, seguidos después de una lenta y progresiva dificultad en los movimientos de miembros inferiores y raquis. Posteriormente se presenta cierta disminución de la talla, incurvación de los miembros inferiores, modificación en la marcha y aumento de volumen moderado de la cabeza que requería la adquisición de sombreros de mayores dimensiones. Sólo señalamos los más saltantes datos de la interesante historia clínica de este paciente, cuya evolución excede de 15 años, por ser los que más estrecha relación guardan con los aspectos radiográficos que nos ocupan.

Las pronunciadas alteraciones arquitecturales óseas que produce la Enfermedad de Paget, son también muy evidentes en la radiografía No. 8 de la pelvis del mismo paciente. Es posible advertir en ella la estructura fibrilar, el aspecto moteado, la alteración de la densidad u opacidad ósea y las relaciones inmediatas del borde superior del trocanter mayor con el ala iliaca, que explican la limitación de los movimientos del miembro inferior, ya que es cono-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

cida la noción de que la Osteitis deformante respeta las articulaciones. Las mismas comprobaciones pueden efectuarse en las radiografías del raquis, que no reproducimos. El aplastamiento del cuerpo vertebral de la 5a. lumbar y de varias dorsales dá la razón de

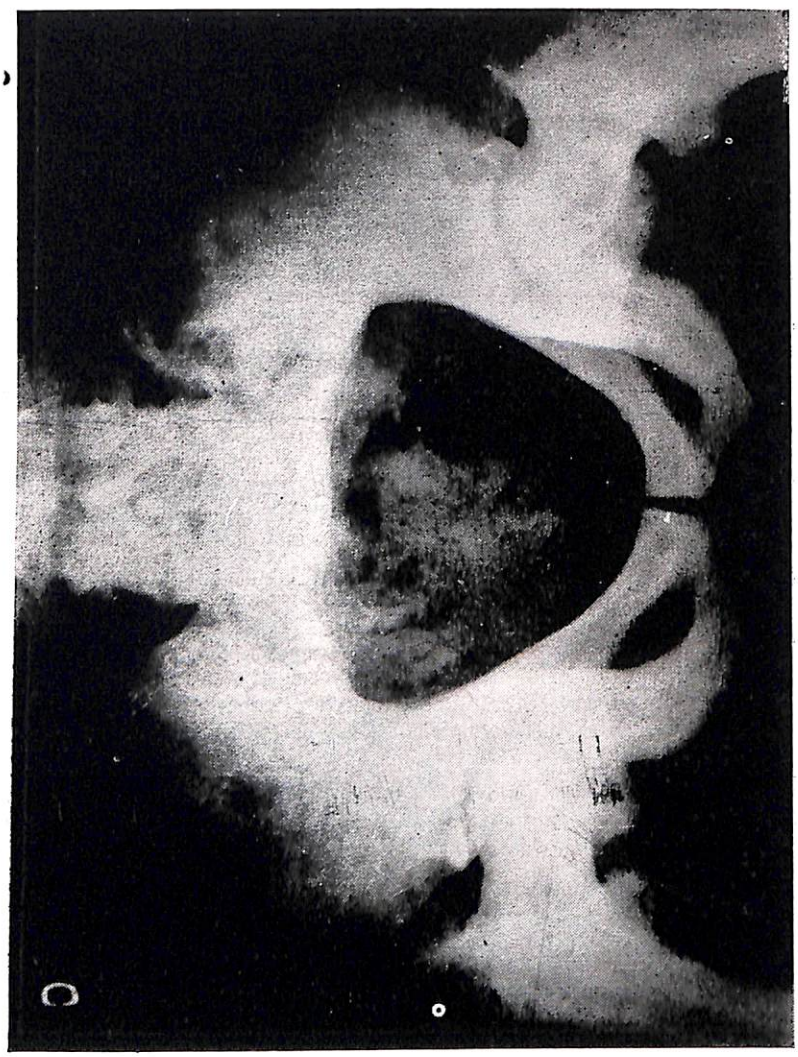


Fig. 8. Enfermedad de Paget

la merma de estatura y del aspecto antropoide del paciente, debido no a un aumento real de los miembros superiores, sino al acortamiento del raquis.

En ciertas ocasiones es una complicación de la Enfermedad

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

de Paget la que llama la atención y orienta el diagnóstico. Entre las más frecuentes se cuentan las fracturas espontáneas, derivadas de la fragilidad ósea que adquieren estos enfermos por efecto de las profundas alteraciones osteoporóticas. A este grupo pertenece la

Fig. 9. Enfermedad de Paget.

rad. No. 9 del húmero de un paciente que presentó una fractura de este tipo y en donde es posible ver por encima del trazo oblícuo de fractura, en la unión de los dos tercios superiores del hueso, una falta de diferenciación de la compacta y del canal medular.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

marcada rarefacción ósea y aspecto fibrilar y moteado del tercio superior de la diáfisis y de la cabeza del húmero.

Hemos visto también otro caso de Paget con lesiones de hiperostosis, en el tercio inferior del fémur derecho, engrosado por pe-

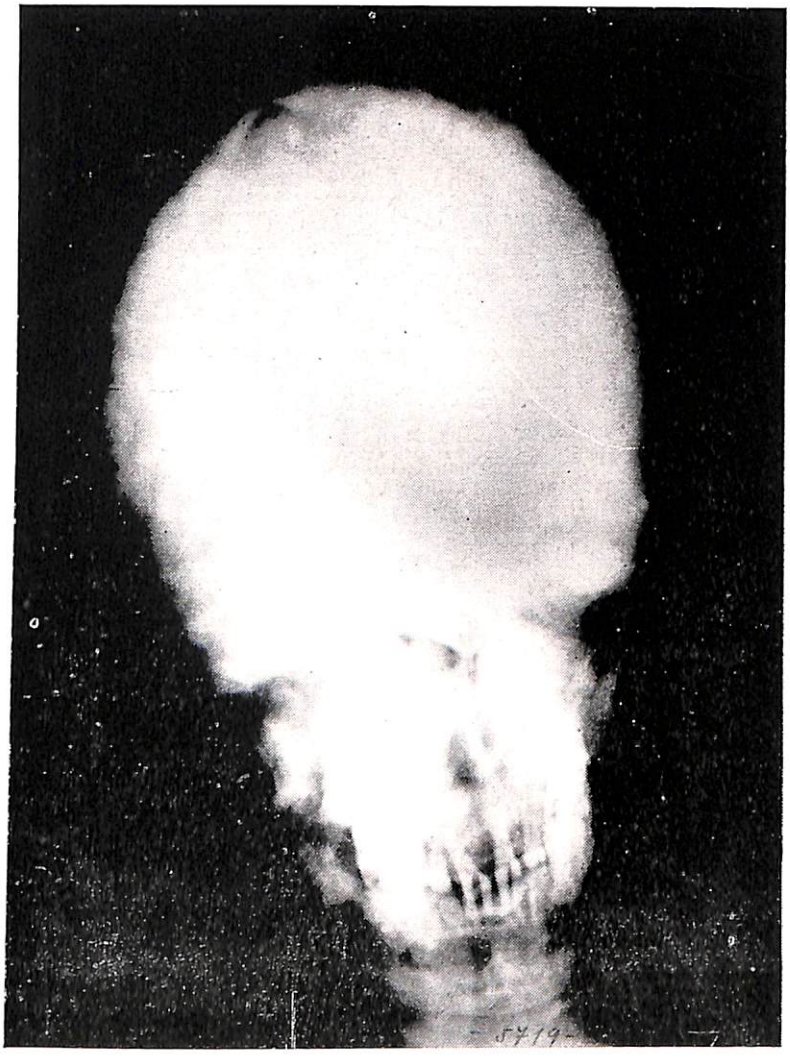


Fig. 10. Leontiasis Osea

riostosis y endostosis y con incurvación de concavidad interna. Este paciente no presentaba lesiones craneales y la exploración de su esqueleto sólo reveló una localización de tipo esmejante en el omóplato derecho.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Leontiasis ósea. Para terminar con el diagnóstico diferencial de las Hiperostosis del cráneo, mencionaré brevemente otra entidad nosológica rarísima que guarda cierta similitud con las que acaba-

Fig. 11. Leontiasis Osea.

mos de describir, especialmente con la Enfermedad de Paget. La Leontiasis ósea puede describirse en pocas palabras diciendo que es un cráneo pagético en el que existen además de la hiperostosis del

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

cráneo, otras hiperostosis en los huesos de la cara, en donde se inicia la enfermedad, habitualmente por los maxilares superiores. El aspecto verdaderamente leonino que adquiere la facies de estos pacientes, por el desarrollo de tales excrecencias óseas craneo-faciales es también bastante típico. La radiografía confirma la sospecha clínica poniendo de manifiesto la extensión de las lesiones, su predominio a tal o cual territorio de la cara o cráneo.

Particularidades sobre un caso de este género que tuvimos ocasión de diagnosticar aparecen en el No. 1 del Boletín de la Sociedad Peruana de Cirugía, del Año 1, 1932. Por este motivo nos limitamos a presentar las radiografías del cráneo de la paciente respectiva, No. 10 y 11, en vista de la ausencia de documentos radiográficos pertinentes, en la literatura radiológica clásica y en la periódica. Una verdadera confusión entre la Leontiasis ósea y la H. F. I. no sería en verdad posible, ya que la lesión anatomo-patológica común, la hiperostosis, tiene una distribución, un aspecto francamente diferente y da lugar a una serie de signos clínicos y radiológicos especiales a cada una.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

SOBRE CUATRO CASOS DE SINDROME DE STEWART-MOREL

(HIPEROSTOSIS FRONTAL INTERNA)

Por **J. O. TRELLES** y **M. MENDEZ**

Las hiperostosis craneales son perfectamente conocidas desde los clásicos trabajos de Virchow y Paget. Sin embargo, se ha llegado a aislar últimamente un tipo bien definido de hiperostosis, individualizado tanto por sus caracteres morfológicos y estructurales, como por los fenómenos somato-psíquicos que determina, y que, por consenso general se denomina Sindrome de Stewart-Morel, en honor de los autores que más contribuyeron a identificarla. Habiendo tenido ocasión de observar recientemente cuatro pacientes con hiperostosis frontal interna, nos ha parecido útil someter esas historias a vuestra apreciación. * Pero antes ensayaremos de resumir brevemente lo que se sabe sobre esta afección.

HISTORIA.—Aunque es en estos últimos años que se han llevado a cabo las investigaciones más prolijas y minuciosas, las modificaciones óseas de este tipo han sido objeto de preocupación de los autores del siglo XVIII. La primera descripción de un caso de hiperostosis frontal interna fué hecha por Morgagni y Santorini en 1765; en la observación señalada por estos autores la obesidad se asociaba al virilismo. Posteriormente aparece nuevos estudios realizados sobre piezas anatómicas, tales son los de Legouest y Servier (1789), Beadless (1898), Humphry (1890), Stroebe (1904), Schlesinger (1914). En 1924, debemos investigaciones a Naito y Schuler. Nuevas observaciones son publicadas por Naito en el mismo año y por Casati en 1926. Bonnamour y Jamin por una parte y Picard por otra, publican en 1926, casos de hiperostosis que deberían como enfermedad de Paget craneal, pero que deben ser incluídos según Morel en el síndrome de la hiperostosis frontal interna.

---

* Comunicación a la Sociedad de Neuro-Psiquiatría y Medicina Legal, sesión del 5 de julio de 1939.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

A los autores ingleses Greig y sobre todo a Stewart, se deben trabajos importantes; pero es a Morel a quien toca el mérito de haber descrito la afección como una entidad nosográfica nueva, reconociendo su autonomía y su patogenia en un estudio profundo basado en numerosos casos, publicado en 1930. Nuevas observaciones son señaladas por Van Bogaert en 1930 y por Schiff y J. O. Trelles en 1931. Estos casos junto con el señalado por Morel eran hasta 1935 los únicos tres que se habían reconocido en vida. Estudios sistemáticos hechos por los autores norteamericanos de San Luis muestran que la enfermedad no es tan rara como se pensaba; particularmente importantes son los trabajos de Sherwood Moore, Archie D. Carr, Sidney I. Schwab y Mortimer.

La investigación de Sherwood Moore se basa principalmente en el estudio de 6,550 radiografías, acumuladas durante un período de 24 años, de cuyo examen el autor separa, según el asiento y los caracteres de las modificaciones, cuatro tipos de hiperostosis que describiremos más adelante. Los datos radiológicos fueron confrontados con los cuadros patológicos en los casos en que fué posible hacerlo; el análisis clínico mostró que el complejo sintomático es tan característico como las modificaciones óseas mostradas por la radiografía. Buscando material para extender los resultados hallados, tanto radiológicos como clínicos, fueron examinados los pacientes del Asilo de San Luis. Los estigmas de los desórdenes que nos ocupan fueron encontrados en 36 de dichos pacientes; catorce de éstos, en quienes un diagnóstico preciso de demencia no había sido hecho, fueron estudiados radiológicamente, encontrándose en siete modificaciones características del cráneo. Con el fin de precisar las modificaciones observadas radiológicamente, se examinaron 582 esqueletos de la colección de osteología del departamento de anatomía; en 46 fueron halladas modificaciones hiperostósicas de diferentes tipos. Este material confirma ampliamente el aspecto radiográfico y muestra además que los diferentes tipos de hiperostosis coexisten y que, quizás unas formas conducen a las otras.

Archie D. Carr cuya primera publicación apareció en 1928, ha podido examinar por su parte, y seguir estrechamente 17 casos de hiperostosis frontal interna, de grados variables, en la tabla interna del frontal, llegando a conclusiones análogas—en el sentido de la existencia de un síndrome característico—a los autores que se han ocupado precedentemente del tema. Sidney D. Schwab manifiesta haber observado cinco o seis casos en los cuales el diagnós-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

tico era seguro. También se deben trabajos importantes a D. Mortimer, quien insiste sobre las manifestaciones concomitantes de dispituitarismo. Sus investigaciones han abarcado tanto el terreno anatomo-clínico como el dominio de la experimentación en animales.

En los últimos años se acentúa el interés de los investigadores por este tipo patológico, lo que da lugar a la publicación cada vez más frecuente de nuevas observaciones. Harbitz pretende que entre los esqueletos encontrados en el célebre barco de Oseberg, uno de ellos, el de una reina **Viking,** presentaba esta hiperostosis. Pende en 1937, describe un cuadro clínico, que considera como idéntico al de la hiperostosis frontal interna. En el mismo año Abely y Delmond presentan a la Societé Medico-Psychologique de Paris un caso en el que existía un estado demencial y una adenolipomatosis simétrica. (Enfermedad de Launois y Bensaude). En la misma época, en Italia, Donini trascribe tres casos de hiperostosis frontal interna, de los cuales dos son clasificados en el tipo de Stewart-Morel y otro en el de Moore y Carr, los tres fueron diagnosticados en vida y uno seguido de control necrópsico. Morel en 1937 señala un nuevo caso. El año último Fattovich describe tres casos, uno corresponde al tipo de Stewart-Morel y dos al de Moore y Carr. Egas Moniz publica la observación de una enferma en la que se había hecho un estudio arteriográfico y señala la existencia de otros dos casos. Las historias de dos pacientes son señaladas por Roger en el Canadá y por O. C. Perkins, A. M. Biglon en los Estados Unidos. En Sudamérica debemos el estudio de un caso a J. M. Estapé de Montevideo.

CONDICIONES ETIOLOGICAS. —Como ha llamado fuertemente la atención Morel, la afección es mucho más frecuente en las mujeres: 14 mujeres sobre 16 casos (Morel), 3 sobre cinco (Stewart), 28 sobre 32 (Greig), 224 sobre 229 (Sherwood Moore), 17 sobre 17 (Archie D. Carr). Igualmente la mayor parte de las publicaciones que han aparecido en los últimos años conciernen a mujeres.

En cuanto a la edad se puede decir que la hiperostosis sobreviene en general a partir de los cincuenta años, en la mayor parte de los casos publicados los pacientes habían pasado esta edad. Pero también existen observaciones que conciernen a personas más jóvenes, 35 años y aun menos. Stewart ha observado el síndrome en un hombre de 26 años, la paciente de Egas Moniz tenía 22 años y la enferma de Estapé 26. Moore ha constatado el cuadro en una muchacha de 18 años.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Según Henschen el síndrome de la hiperostosis frontal interna no es particularmente patológico y se acompaña frecuentemente de virilismo. Este autor la habría observado en el cuarenta por ciento de los cadáveres de mujeres de más de 47 años, autopsiados por él. Asimismo piensa Henschen que los trastornos psíquicos, neurológicos y somáticos que se constatan tendrían relaciones distantes entre ellas. Opinión con la que no concuerdan la mayor parte de los investigadores que se han ocupado del tema.

La Hiperostosis frontal interna es constatada por Moore en 0.014 por ciento de los pacientes que ingresan a un hospital general, mientras que la frecuencia en los hospitales neuropsiquiátricos es según Carr de 1.44 por ciento. Morel cree que la diferencia no es accidental, sino debida a la existencia de una relación definida entre la hiperostosis y las perturbaciones mentales.

SINTOMATOLOGIA. Según Morel, el síndrome de la hiperostosis frontal interna se caracteriza por tres síntomas mayores: la hiperostosis, la obesidad y los disturbios mentales; síntomas alrededor de los cuales viene a agruparse una constelación de perturbaciones menores, variables, contingentes. Estudiaremos los síntomas mayores y a continuación el resto de las manifestaciones concomitantes que ha sido dable observar en los diferentes casos, que como veremos presentan una diversidad grande y caracteres poco precisos.

I. **La hiperostosis frontal.** Morel la ha descrito como netamente circunscrita, interna y simétrica, limitada a cada mitad del frontal de manera que forma dos bloques separados, a lo largo de la línea mediana, por la hoz del cerebro; interesando únicamente la parte vertical del frontal, respeta su porción orbitaria. Nace hacia adelante inmediatamente por encima del reborde orbitario y se extiende hacia atrás, en la calota craneal, para ir disminuyendo progresivamente y esfumarse a nivel del surco que imprime la arteria meníngea mediana. El hecho más personal de esta hiperostosis, según Morel, es que no existen modificaciones de la base del cráneo, ni de ninguna otra parte del esqueleto, carácter que la diferencia netamente de otros tipos de hiperostosis, en particular de la enfermedad de Paget. Pero, como veremos más adelante los autores de San Luis describen algunos tipos en que las lesiones depasan el frontal, llegando a la conclusión, después del examen de los datos obtenidos en las diferentes fuentes, que probablemente existe una relación estrecha en el significado de estas formas de localización diferente.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Morel ha demostrado netamente que el proceso de hiperplasia osteogénica se localiza exclusivamente en la tabla interna del hueso, el examen histológico muestra siempre integridad de la tabla externa, sólo la tabla interna está engrosada.

Sherwood Moore en el examen de 6,550 radiografías craneales, encuentra que existe hiperostosis en 3,5 %, las que pueden pertenecer a uno de los grupos siguientes: hiperostosis frontal interna, nébula frontal, hiperostosis craneal difusa, hiperostosis fronto-parietal. El tipo más característico es el que se refiere al hueso frontal. La descripción de este autor difiere en muchos puntos de las nociones ya clásicas debidas a Morel. Según Moore el tejido óseo nuevo que se deposita en la cara interna del frontal a veces se extiende a otros huesos de la base del cráneo. En ciertos casos la porción orbitaria se encuentra amplia, si no exclusivamente, comprometida. El acrecentamiento óseo reside en la tabla interna y progresa de ésta hacia afuera a través del díploe. El depósito, como puede constatarse en las radiografías, se encuentra aumentado en densidad. El aumento de tejido óseo es progresivo y radiológicamente puede ser dividido en grados de desarrollo. Puede coexistir con calcificación de la hoz del cerebro. Tanto Morel como Moore insisten sobre la ausencia de todo fenómeno inflamatorio. En la descripción de los tres tipos siguientes, Moore insiste sobre el hecho de no haber encontrado, en la literatura, una descripción anterior. El segundo tipo de Moore o Nébula Frontal, se caracteriza por aumento de densidad en la escama del frontal. Localizada, afecta una forma triangular o elipsoidal, extendiéndose hacia abajo a partir de una base en el plano sagital. No hay proyección en la superficie intracraneal. Es menos definido que el anterior y tiene también un desarrollo progresivo. El tercer tipo o Hiperostosis Craneal Difusa, consiste en el espesamiento difuso de toda la bóveda, con aumento de la densidad del díploe, el que se encuentra más aumentado de lo que pudiera esperarse del solo acrecentamiento de volumen del hueso. El cuarto tipo o Hiperostosis Fronto-Parietal, Moore lo describe como una posible etapa en el desarrollo del tercero, tiene el máximo de espesor en el díploe aproximadamente en el punto central del parietal y la escama del frontal.

La frecuencia de los diferentes tipos en el material estudiado sería la siguiente:

Hiperostosis frontal interna	1.44 %
Nébula frontal	1.14 %

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

BIBLIOTECA ENRIQUE ENCINAS
HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA

Hiperostosis craneal difusa	0.6 %
Hiperostosis fronto-parietal	0.32 %

Moore insiste sobre la simetría bilateral que existe en todas las formas, tanto en extensión como en el grado de las modificaciones. No hay alteración de la tabla externa del cráneo y, punto importante, el cráneo no aumenta de volúmen, lo que trae como consecuencia que el desarrollo del proceso se haga a expensas de la capacidad de la cavidad craneal.

La hiperostosis es de dos órdenes: en uno el tejido óseo neoformado se deposita en la cara interna, sobre todo en el frontal, aunque también, pero más raramente, se encuentra en la escama del temporal. El otro grupo comprende los tres tipos restantes y se caracteriza por la localización del proceso en el díploe, no comprometiendo ninguna de las tablas.

Moore en el examen anatómico de los cráneos, constata que en casi todos los casos patológicos existía cierto grado de espesamiento del resto de la bóveda del cráneo. Así este autor manifiesta: "El hecho que las hiperostosis coexistan (las diferentes formas) en la misma persona y que los cráneos se encuentren generalmente espesados en casos de todos los tipos, arguye en el sentido que, aunque morfológicamente distintos, todos estos tipos tienen la misma etiología fundamental". Según el autor esta noción se encontraría corroborada por la estrecha relación que existe en el cuadro clínico de las diferentes formas. Sin embargo, la mayor parte de autores están de acuerdo en que todavía no hay suficientes datos que permitan llegar a una conclusión definitiva.

Las modificaciones neumáticas del maciso facial han sido señaladas por Thompson, alteraciones sobre las que ha insistido Mortimer y últimamente Egas Moniz. Existe un desarrollo exagerado en altura y en profundidad de los senos frontal, esfenoidal y maxilar. Egas Moniz señala en su paciente, además de estas modificaciones, el aumento de las células mastoidianas y una remarcable neumatización del peñasco. Morel piensa que la neumatización de los senos es muy inconstante.

Los huesos de la cara son en general normales, en algunas observaciones se han señalado signos de acromegalia, pero en general la hiperostosis se presenta de manera independiente de esta afección. El aumento de la silla turca también ha sido señalado.

II. **La obesidad** forma parte casi siempre del síndrome. Stewart y Morel han sido los primeros en insistir sobre este hecho. "Por su

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

disposición recuerda ciertas formas de adiposis en la enfermedad de Dercum y más exactamente la forma difusa generalizada. A veces reviste la forma localizada, entonces es rizomélica y simétrica". Morel piensa que ciertos casos de enfermedad de Dercum deben acompañarse de hiperostosis frontal interna, puesto que Dercum sólo ha constatado la existencia de dolores en la mitad de los casos por él descritos. La obesidad en la hiperostosis frontal interna habitualmente indolora puede ser, sin embargo, discretamente dolorosa. Otras formas clínicas de obesidad pueden también ser observadas. Morel ha señalado en dos casos formas patológicas que recuerdan el síndrome adiposo-genital.

En los casos observados por Carr, 64.7 % presentaban obesidad. Moore ha encontrado obesidad en casi la mitad de sus pacientes con hiperostosis. En el caso de Schiff y Trelles la obesidad se instaló contemporáneamente con la aparición de los otros trastornos. Al mismo tiempo que la obesidad numerosos pacientes han presentado un aumento de tolerancia para la dextrosa.

III. Los trastornos mentales presentan una variedad remarcable tanto en su forma como en su intensidad. Aparecen sobre todo en los períodos avanzados de la vida. Lo más frecuentemente se observan los signos de la involución senil: desorientación, amnesia de fijación, lentitud de los procesos psíquicos, indiferencia, disminución del juicio y de la autocrítica; signos que por su intensidad constituyen a menudo una verdadera demencia senil, con frecuencia acompañada de excitación psicomotriz. La demencia arterioesclerótica con alteraciones en foco también es frecuente. Otras veces es el cuadro confusional o confuso-onírico el que predomina. En las fases tardías existe demencia acentuada, puerilidad y gatismo. Se han señalado algunos casos sin perturbaciones mentales apreciables, pero en estas observaciones los pacientes probablemente se encuentran en una fase poco avanzada de su afección. En un caso se ha señalado la demencia epiléptica. Pueden existir síntomas de melancolía. Otras perturbaciones son menos frecuentes: ideas delirantes, de persecución, hipocondriacas o de grandeza; bulimia alternando con sitiofobia, agitación nocturna; tendencias agresivas, logorrea, perseveración pasiva, mutismo, reconocimientos falsos, fabulación, amnesia, alucinaciones.

Alrededor de estos tres grupos de síntomas se ha observado una serie de trastornos variados, que se presentan con menos constancia, muchos de los cuales se pueden explicar por razones de pura topografía cerebral.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

La cefalalgia es casi constante. Los enfermos son por regla general irritables, apáticos, presentan tendencia a la depresión y al aburrimiento. Son asténicos, sus músculos se encuentran a menudo infiltrados de grasa. A veces existen perturbaciones del equilibrio. También se han constatado lesiones en foco, afasia con hemiplegia, disturbios paréticos limitados a un miembro. En un período avanzado en muchos casos se constata crisis de epilepsia Bravais-Jacksoniana, que con frecuencia se presentan en forma violenta, localizadas en la cara, los miembros superiores o una mitad de cuerpo, parecen en relación con la evolución volumétrica de la hiperostosis. Se ha señalado la posibilidad de atrofias ópticas por compresión del nervio encima del canal óptico. Existen casos con hemianopsia; en el caso de van Bogaert existía ceguera psíquica por hemianopsia bilateral. Los nervios motores del ojo pueden encontrarse afectados. Con frecuencia se ha notado paresia del séptimo par. En un caso observado recientemente existía pérdida del olfato. A veces existen trastornos de tipo infundibular: polidipsia y poliuria han sido notados en gran número de casos. La polifagia también ha sido señalada. Se han mencionado observaciones con trastornos del sueño, insomnio, tendencia a la inversión del ritmo. A veces existe arreflejía tendinosa. Síntomas de hipertensión intracraneal existen en 11.7 % de los casos según Carr. El mismo autor señala disturbios menstruales de varios tipos en trece de sus diecisiete pacientes, sobre todo bajo la forma de menstruación profusa. En algunos casos existía irregularidad del ciclo menstrual. Los exámenes ginecológicos fueron negativos en casi todos los casos. Moore ha observado desarrollo exagerado del pelo de la barba o del labio superior en los pacientes de sexo femenino, trastornos a los que Henschen atribuye la mayor importancia. El metabolismo basal parece encontrarse disminuído, sin embargo el número de casos en que ha sido determinado, no es suficiente para poder sacar conclusiones definitivas.

PATOGENIA. Actualmente la mayor parte de los autores está de acuerdo para admitir que el proceso que conduce al desarrollo de la hiperostosis frontal interna, tiene como base una perturbación del metabolismo que afecta especialmente al calcio y las grasas. Se debe considerar primeramente el tipo de modificaciones orgánicas o lesionales que desencadenan la perturbación primitiva del metabolismo, los caracteres de estas perturbaciones metabólicas y por último el desarrollo del proceso como fenómeno local.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Las teorías antiguas, como lo manifiesta Morel, no han podido resistir una crítica severa. Virchow describe estas formaciones como osteofíticas. Bonnamour, Jamin y Picard las consideran como enfermedad de Paget craneal. Greig invoca una perturbación general del metabolismo cálcico; existiría reabsorción ósea en una región distante del frontal, disminución de la eliminación del calcio e hipercalcemia, que determinaría su fijación a nivel del frontal, debido a irrigación más importante a este nivel.

Las alteraciones de las glándulas endócrinas son muy frecuentes, particularmente de la tiroides y de los ovarios. Según Moore, los desórdenes tiroideos ocurren en un 4,4% de los casos, mientras que según Carr los disturbios ováricos son mucho más frecuentes y ocurren en un 76% de los casos. Pero los síntomas dependientes del disfuncionamiento hipofisario parecen ser las perturbaciones endocrinológicas concomitantes de mayor importancia, que se observan en el síndrome, punto sobre el cual han insistido, después de Morel, los autores norteamericanos. Las lesiones hipofisarias son de una extrema frecuencia; ya hemos mencionado los casos de Morel; Moore y Carr insisten igualmente sobre los síntomas acromegaloides. Es sobre todo Mortimer quien relieva mayormente el interés de las manifestaciones hipofisarias, habiendo hecho sus estudios, sobre todo, en pacientes que presentaban manifestaciones de acromegalia y otros disturbios hipofisarios. En un trabajo de este autor hecho en colaboración con Leveen y Rowe, fueron examinadas radiografías craneales de 3.000 pacientes, enviados al Evans Memorial Hospital de San Luis para investigaciones de orden endocrinológico. Los autores constataron perturbaciones en 17% de los casos, y posteriormente se encontró que en 59% del grupo precedente, el diagnóstico de perturbaciones de la glándula pituitaria había sido hecho de una manera independiente. La diferencia del porcentaje encontrado por Moore se explica por el hecho que los pacientes de este último, provenían de la población de un hospital general, mientras que en el Evans Memorial Hospital, la frecuencia de las perturbaciones pituitarias es mucho más alta que un hospital general.

Morel piensa que la hiperostosis como fenómeno general, es decir como efecto de la perturbación del metabolismo, puede explicarse por las lesiones que él ha descrito en el sistema infundibulo-tubero-hipofisario. Los autores norteamericanos insisten sobre todo en las lesiones de la hipófisis, punto del cual se había ocupado

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

ya Stewart. En numerosas observaciones se ha encontrado, en el terreno clínico, indicio de alteración de la pituitaria y en el campo anatómico se ha constatado lesiones, sobre todo neoplásicas. Pero Morel cree que el asiento de la lesión sea infundíbulo-tuberiano y no hipofisario. Se encuentra aquí una vez más, la discusión que reina cuando se quiere atribuir un síndrome al hipotálamo o a la hipófisis. Como ha insistido repetidas veces Lhermitte, esta discusión se basa en un error de terminología y de concepto; que la lesión sea hipotalámica no quiere decir que el funcionamiento hipofisario no esté perturbado.

Schiff y Trelles piensan que en el caso que publican los síntomas observados : obesidad, trastornos psíquicos e hiperostosis en primer plano, así como las perturbaciones concomitantes, reviviscencia sexual y modificaciones del sistema piloso, son debidas a una lesión infundibular consecuencia del traumatismo, mas bien que a una lesión hipofisaria.

En cuanto a la hiperostosis como fenómeno general, apoyándose en los trabajos de Bouin, sobre los efectos de las tracciones obrando sobre los tejidos de sostén y en las minuciosas investigaciones de Richard Thoma sobre la histomecánica ósea, Morel concluye que la hiperostosis se explica por la adherencia interna de la duramadre, a nivel de la región afectada, en esta forma se explicaría la orientación especial de las láminas óseas, el espacio libre mediano y la integridad de las otras regiones de la bóveda craneal. Sin embargo, ya hemos visto que los autores de San Luis describen estados de pasaje, con los casos en que se constata alteración de las otras regiones del cráneo.

ANATOMIA PATOLOGICA. En la descripción de los síntomas hemos insistido sobre el aspecto macroscópico de la hiperostosis. Morel indica que el proceso interesa únicamente la tabla interna, el examen histológico muestra la integridad de la tabla externa, sólo la tabla interna se encuentra espesada, irregular, festoneada. Entre las dos existe una banda de tejido esponjoso, muy espesada por regiones que presenta, a veces en el corte. el aspecto de relieve de país montañoso. La duramadre, espesada, se encuentra íntimamente soldada a la tabla interna en la región de la hiperostosis. Adhiere igualmente a otros espesamientos óseos cuando la perturbación sobrepasa los límites de la región frontal.

El examen minucioso y metódico del encéfalo y medula en cuatro casos practicado por Morel, en el laboratorio de Bel-Air del pro-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

fesor Ladame, no le ha permitido encontrar otras lesiones, que las del hipotálamo. Cierto, se encuentran alteraciones contingentes que no son retenidas por Morel. En cambio, el examen del hipotálamo en cortes seriados microscópicos reveló en los cuatro casos lesiones celulares netas, afectando en grados diversos los diferentes grupos celulares de la región, predominando sin embargo a nivel de los núcleos de la cintilla, ventral y pre-mamilar. En los casos de Fattovich existía hipofisitis intersticial.

TRATAMIENTO. El tratamiento debe ser dirigido en el sentido de corregir las desviaciones metabólicas del calcio y de las grasas. Un tratamiento netamente específico no existe actualmente;

Fig. 1. Caso I. Hiperostosis frontal interna moderada. Aumento considerable de los senos frontales y esfenoidal.

sin embargo Carr manifiesta haber obtenido resultados excelentes, con el empleo del amino ácido acético. Este tratamiento fué primeramente ensayado, empleando la gelatina, para corregir la debilidad extrema que presentaba uno de los pacientes; la mejoría fué tan neta que desde entonces ha sido empleado sistemáticamente, obteniéndose los excelentes resultados anotados. Sin embargo, el mismo Carr manifiesta que es necesario seguir series mucho más largas antes de poder sacar conclusiones con base sólida.

He aquí las historias de las pacientes que hemos tenido oportunidad de observar:

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

OBS. I.—A. L., 34 años, casada, viene a consultar el 21 de setiembre de 1938 por crisis convulsivas recientes y obesidad.

Refiere la enferma que desde hace algunos años comenzó a engrosar notablemente, al mismo tiempo que presentaba disturbios menstruales y signos de disovaria. En los últimos meses presenta además disminución progresiva de la líbido que va casi hasta la frigidez. Igualmente siente malestar indefinible, sensación de vacío en la cabeza, fatiga, pesadez, irritabilidad marcada, emotividad acentuada En fín ha tenido la sensación de que el ojo le brincaba, que la visión "se enturbiaba" y ha presentado varias veces escotomas centelleantes. Tres semanas antes de la fecha de la consulta, estando dormida sufre una crisis convulsiva con pérdida de la conciencia, mordedura de la lengua e incontinencia vesical. Doce días más tarde presenta una nueva crisis con caída brus-

Fig. 2. Caso I. Senos frontales muy voluminosos, mucho más el izquierdo.

ca, pérdida de la conciencia, convulsiones tónico-clónicas e igualmente incontinencia vesical.

No hay antecedentes hereditarios patológicos dignos de mencionar. En cuanto a sus antecedentes personales: ha presentado a los 11 años una tifoidea complicada de periostitis; menarquia a los 13 años, reglas regulares aunque escasas. Casada a los 19 años, ha tenido cuatro embarazos normales y los cuatro hijos se encuentran bien, el último en lactancia materna. Hace 13 años habría tenido un episodio transitorio y fugaz de adormecimiento del brazo derecho y disartria.

En el examen se nota de inmediato la obesidad a disposición rizomélica, marcada sobre todo en el abdomen y nalgas donde adquiere su mayor desarrollo y le da las características morfológicas de la esteatopigia. Pesa 98 Kgrs. El sistema piloso está bastante desarrollado en el monte de Venus y en las

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

axilas, además existe vello en las piernas y antebrazos y en el labio superior bozo marcado.

Desde el punto de vista psíquico lucidez completa; solamente se nota cierto amaneramiento y ligero puerilismo, acusa crisis de excitabilidad, cólera y dice ser impulsiva, muy sensible a las emociones, la libido abolida.

El examen neurológico no muestra ningún signo focal: los pares craneales, la motilidad y sensibilidad están normales. Los reflejos tendinosos son vivos en los cuatro miembros. No hay signo de Babinski, las maniobras de Oppenheim y Chaddock dan respuestas normales.

Los aparatos pulmonar, cardio-vascular y otros de la economía están normales. La T. A. es de 17/9 (Vaquez). Un ortodiagrama muestra ligero aumento del pedículo vascular.

Los exámenes humorales: **orina:** trazas de albúmina. **Sangre:** dosage de úrea 0. gr. 41%; dosage de calcio 0. gr.097%°: hemograma: 4,160 000 hematies. 11 700 leucocitos. aneosinofilia y monocitopenia.

Examen oftalmológico (Dr. Valdeavellano): Agudeza visual y campo visual normales. Fondo de ojo de aspecto normal, presenta un aumento marcado de la presión de la arteria central de la retina.

Examen radiográfico del cráneo (Dr. Soto) : Considerable desarrollo de los senos frontales, más discreto del esfenoidal, imagen de hiperostosis frontal interna. (Figs 1 y 2)

Evolución.—La enferma es sometida a un tratamiento opoterápico intensivo con dosis fuertes y prolongadas de extractos hipofisario y ovárico, además tratamiento yodurado y régimen cetógeno. En esas condiciones acusa gran mejoría del estado emotivo, reaparición y normalidad de la libido, adelgazamiento de 14 Kgrs. en 9 meses. la enferma pesa actualmente 75 Kgrs. y no ha vuelto a presentar ninguna crisis.

Nuevas radiografías hechas 6 y 9 meses después del tratamiento muestran imágenes sensiblemente iguales.

OBS. II.—M. R. de raza blanca, aproxima los sesenta años. Ha residido la mayor parte del tiempo en una de las ciudades del interior viniendo ocasionalmente a la capital.

Desde hace cuatro años se queja de dolores frontales en forma de hincadas, otras veces como si tuviera láminas de cuchillo en la frente. Estas sensaciones dolorosas, intermitentes, irregulares, son seguidas de la impresión de tener una tela de araña delante de los ojos. Ocasionalmente acusa dolores en los músculos del dorso y de los miembros superiores, a veces en la articulación del hombro derecho. Asimismo se queja de que le suben flemas de la garganta sin que haya sido posible constatar ningún signo de inflamación.

En los últimos años la paciente ha aumentado de peso, sin embargo, la obesidad es moderada, afecta sobre todo el tronco y la raíz de los miembros, respeta la cara

La enferma tiene preocupaciones hipocondríacas, consulta numerosos médicos, se queja siempre de los tratamientos que le ordenan, se cuida prolijamente. acentuando el interés en su salud por épocas. Muy a menudo consulta por una pretendida sinusitis. otras veces por afección hepática o renal, insistiendo siempre que el tratamiento sea dirigido hacia el órgano que ella cree afecta-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

do; mientras que algunos exámenes complementarios fueron aceptados inmediatamente y otros solicitados por la paciente misma a diferentes facultativos, la determinación de la calcemia y el examen de la vista los aplaza indefinidamente. Le agrada conversar e interesar sobre sus padecimientos. Es de carácter difícil, muy susceptible, autoritaria.

En el examen clínico no se encuentran otras perturbaciones que las ya mencionadas; la marcha, la estación son normales; ninguna perturbación de la motilidad activa, pasiva ni de la fuerza. La sensibilidad es normal. Un examen minucioso de las funciones sensoriales no ha podido ser practicado, pero no se

Fig. 3. Caso II. Hiperostosis frontal interna. Aumento de los senos frontales y sobre todo del esfenoidal.

constata ninguna perturbación evidente en el territorio de los pares craneales. Las reacciones pupilares son normales. En el examen mental, aparte de las preocupaciones hipocondriacas y las ligeras perturbaciones del carácter ya mencionadas, no se constata ninguna otra alteración, la atención, la afectividad, el juicio y la autocrítica son normales.

Una radiografía del cráneo practicada en junio de 1938 muestra espesamiento de la tabla interna del frontal. Existe aumento de los senos paranasales, sobre todo del frontal que alcanza un desarrollo considerable. (Fig. 3 y 4).

La reacción de Wassermann en la sangre fué negativa. Los exámenes de orina, la determinación de la úrea y glucosa en la sangre no mostraron nada anormal.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

El único antecedente de importancia es ovariectomia doble practicada hace veinte años.

Desde el inicio los trastornos han revestido el mismo carácter, en los últimos meses se observa una ligera atenuación de los trastornos funcionales, la enferma se queja menos y dice sentirse mejor.

OBS. III.—A. Z., mujer, de 42 años, viene a consultar, el 29 de mayo de 1939, porque padece desde hace 25 años de crisis comiciales cada vez más frecuentes.

Refiere la enferma que desde la edad de 16 años presenta crisis convulsivas con pérdida de la conciencia, incontinencia vesical y a veces mordedura de la

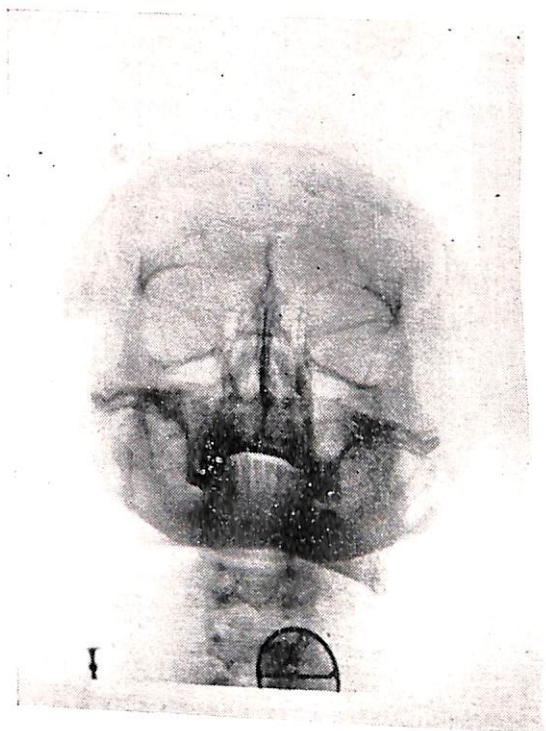


Fig. 4. Caso II. Radiografía mento-nasal. Se nota el aspecto verrucoso de la hiperestosis, la neumatización considerable de los senos.

lengua. Al principio las crisis eran casi exclusivamente nocturnas y muy raras, anuales o más espaciadas todavía. Pero desde 1925, en que se produce menopausia artificial, los ataques son más frecuentes y ahora último también diurnos. En los últimos años se instala una hipoacusia bilateral que aumenta progresivamente de intensidad al mismo tiempo que crece considerablemente el peso y se establece la obesidad.

No hay antecedentes patológicos hereditarios. En cuanto a los personales: queratitis intersticial; menarquia a los 12 años, períodos regulares; casada a los

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

16 años, ningún embarazo; a los 28 años apendicectomía y ovariectomía doble, desde entonces agravación de su estado.

El examen muestra una marcada obesidad a distribución rizomélica; las extremidades y cara están libres; la adiposidad se manifiesta en los hombros y nuca, en la región pectoral, abdomen y sobre todo en nalgas y caderas.

Existen estigmas cráneo-faciales de heredo-sífilis; micro-dentismo, tubérculos de Carabelli, bóveda palatina en ojiva, frente olímpica. Existe además queratitis parenquimatosa.

El examen neurológico muestra una ligera torpeza motriz del miembro superior izquierdo, la marcha es normal, salvo su dificultad en razón de la obesidad. La fuerza muscular disminuída en el miembro superior izquierdo. Todos los reflejos tendinosos son normales excepto los del miembro superior izquierdo

Fig. 5. Caso III. Hiperostosis frontal interna que invade el parietal.

que son vivos y el estilo-radial policinético. No hay clono del pie ni de la rótula. El reflejo cutáneo-plantar se hace en flexión en la derecha y esboza extensión en la izquierda. La sensibilidad es normal. Los pares craneales salvo el VIII° están normales: en efecto hay una sordera marcada.

No hay disturbios psíquicos, pero el examen del fondo mental muestra ligera oligofrenia. La paciente se queja de padecer vértigos, malestar indefinible, fatigabilidad. Pretende que en los últimos años los ataques epilépticos tendrían predominancia en el lado derecho del cuerpo.

El examen oftalmológico (Dr. Valdeavellano) : Muestra disminución de la visión central por miopía acentuada, las córneas son turbias, estado que es consecuencia de queratitis sufrida en la niñez. El fondo de ojo muestra placas de corioretinitis, papila de aspecto normal.

Examen radiográfico (Dr. Soto) : la radiografía del cráneo en posición frontal, incidencia occipito-frontal, y en posición de perfil, dan imágenes de hiperostosis frontal interna en la región correspondiente a los dos tercios supe-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

riores o posteriores de la escama del frontal. Además la radiografía frontal muestra que análoga alteración existe en el parietal de cada lado; el hueso ha adquirido a este nivel el espesor casi doble al normal, observándose que su engrosamiento se inicia a partir de la línea media sagital y continúa hasta la sutura témporo-parietal.

OBS. IV.—La cuarta observación que incluímos únicamente a título de información, se refiere a una enferma que hemos examinado una sola vez.

N. N., mujer, 62 años, padece desde hace más de 5 años de crisis de cefalalgia intensa, paroxísticas; de ataques comiciales cada vez más frecuentes y disturbios mentales que se han constituído progresivamente. Hace unos 15 años se instaló una obesidad marcada, localizada sobre todo a los hombros, senos, abdomen, caderas y nalgas. Pero en el último año esta obesidad desapareció y al contrario, cuando la examinamos se encontraba en estado de delgadez ex-

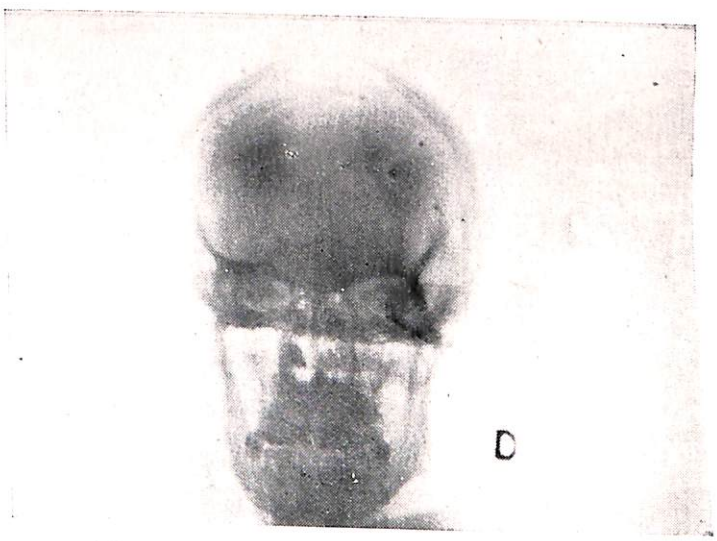


Fig. 6. Caso III. Hiperostosis fronto-parietal.

trema. La paciente presentaba crisis de agitación psíquica, con desorientación marcada, insomnio e irritabilidad.

Al examen: paciente en estado de desnutrición, presentando disturbios mentales de orden demencial: amnesia, desorientación témporo-espacial, crisis de excitación y de agitación nocturna, insomnio. Se queja de cefalalgia intensa y de disturbios visuales.

La motilidad activa y pasiva en los cuatro miembros está conservada; los reflejos tendinosos se encuentran exaltados pero no se constata el signo de Babinski. La sensibilidad es difícil de explorar. Las pupilas reaccionan a la luz y a la acomodación, y los movimientos oculares son normales.

La Reacción de Wassermann en la sangre es negativa.

La radiografía muestra una hiperostosis frontal interna, marcada, simétrica, con los caracteres clásicos.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Hemos tenido conocimiento de que la enferma sucumbió poco después en estado de mal epiléptico, desgraciadamente no hemos podido procurarnos las radiografías.

Los casos que señalamos concuerdan en la mayor parte de sus síntomas con las nociones clásicas. Todos se han presentado en mujeres, en dos de las historias las pacientes pasan los sesenta años, en otra se trata de una mujer de 42 años y en la restante de una paciente de 32 años; ya hemos visto que en la mayoría de las veces la enfermedad aparece en una edad avanzada, el último caso está de acuerdo con las observaciones de otros autores que señalan la afección en personas jóvenes y se inscribe contra la opinión de Henschen que considera la hiperostosis frontal interna como un hecho banal y debida a la edad avanzada de los pacientes.

La obesidad en los cuatro casos, como en la mayor parte de las observaciones, afecta el tronco y la raíz de los miembros, cabe señalar su desaparición en el período final en una de las enfermas y su reemplazo por delgadez extrema; esta evolución de la obesidad ha sido señalada igualmente en otros casos. Egas Moniz ve en el hecho que el resto de los trastornos persiste, mientras la obesidad desaparece, una razón para pensar que esta no es condicionada por perturbaciones del funcionamiento de la hipofisis, sin embargo también podría argüirse que la desaparición de la obesidad y su reemplazo por enflaquecimiento puede ser debida justamente a una perturbación más profunda del funcionamiento de esta glándula, disturbio que aparece en los períodos últimos de la enfermedad.

Los trastornos mentales han sido muy discretos en dos de los casos, justamente en las pacientes más jóvenes; en las enfermas de más edad en una muy acentuados en la otra poco intensos, pero netos. Aquí encontramos la gran variedad de disturbios mentales que han sido señalados por los diferentes autores; en los cuatro casos los desórdenes han sido de carácter diferente. De acuerdo con las nociones ya señaladas los trastornos han sido más acentuados en las pacientes de mayor edad, pero presentando siempre los caracteres que le impone la personalidad psíquica anterior del paciente. Del conjunto de las observaciones publicadas parece desprenderse la noción que no puede atribuirse al proceso patológico una acción directa sobre el psiquismo, las alteraciones mentales no presentan ningún rasgo, ningún carácter que sea peculiar de la afección, las más variadas perturbaciones psíquicas han sido seña-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

ladas, esto hace aun más sorprendente el hecho de su remarcable constancia, con unos u otros caracteres. Se han señalado casos sin disturbios mentales, pero todos han sido en sujetos en que la afección no se encontraba en períodos muy avanzados.

La hiperostosis frontal se presenta en tres de los casos con los caracteres clásicos desde la descripción de Morel. En dos de las observaciones existe neumatización importante de los senos paranasales, sin embargo, no es posible deducir ninguna relación entre el desarrollo exagerado de los senos y el volumen de la hiperostosis; en la observación II la pneumatización es muy importante mientras que la hiperostosis sin ser considerable es acentuada; mientras que en la observación I coexiste una pneumatización acentuada con hiperostosis muy discreta. Son, sobre todo las alteraciones óseas del caso III que se prestan a discusión : en esta enferma la hiperostosis sobrepasa los límites del frontal; el hueso parietal se encuentra comprometido, su engrosamiento se inicia a partir de la línea media sagital y continúa hasta la sutura temporo-parietal, el espesor del hueso alcanza casi el doble del normal. La paciente tiene estigmas de sífilis, pero las alteraciones óseas no presentan los caracteres de las lesiones producidas por esta afección; además, la sintomatología concuerda con la que se observa en el síndrome de la hiperostosis frontal interna. Esta observación estaría de acuerdo con la concepción de Sherwood Moore que considera los diferentes tipos de hiperostosis como formas evolutivas de un mismo proceso.

En el resto de los síntomas encontramos la misma variabilidad e inconstancia de unas pacientes a otras. Crisis epilépticas se manifestaron en tres de los casos. La cefalalgia se produce en dos de las observaciones, pero no presenta ningún carácter común. Los trastornos sensoriales se manifiestan en una de las enfermas como impresión de tener una tela de araña delante de los ojos, en otra existen escotomas centelleantes y visión turbia, en otra de las observaciones existen también perturbaciones visuales, pero, en este caso se presentan como estigmas de sífilis. Una de las pacientes acusa signos de déficit motor en forma de disminución de la fuerza y torpeza del miembro superior izquierdo. Las únicas manifestaciones endócrinas evidentes son las perturbaciones de origen ovárico que existen en tres de las observaciones, en dos de las cuales debidas a ovariectomía doble. Los exámenes humorales y de orina habituales no revelan nada anormal. En un caso existen pertur-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

baciones hematológicas, pero que no son características. Considerando el conjunto de los síntomas señalados en la literatura vemos que la única perturbación que se presenta con caracteres constantes es la hiperostosis; la obesidad presenta variaciones poco importantes en su forma, todas las otras manifestaciones, inclusive las perturbaciones mentales se presentan en forma extremadamente variada, lo que evoca la idea de varios mecanismos patogénicos en su determinismo.

El cuadro sintomático de la hiperostosis frontal interna, a pesar de sus variaciones, presenta caracteres comunes que permiten considerarla como una entidad nosológica, con individualidad propia. Sin embargo, el conjunto no parece suficientemente definido, para ser considerado como una enfermedad especial, la expresión de síndrome puede parecer adecuada. Así, Schiff y Trelles en su trabajo, considerando el término de "Síndrome de la hiperostosis frontal interna simétrica con obesidad y trastornos mentales" demasiado largo, piensan que el mérito de darle un nombre se debe a Stewart, que había notado la coincidencia de la hiperostosis craneana con la obesidad y los trastornos psíquicos y a Morel que fué el primero que hizo un estudio profundo, reconoció su autonomía, precisó su patogenia y reconoció por primera vez el estado invitam. Denominación que ha sido adoptada por la mayoría de los autores.

BIBLIOGRAFIA

Beadles (C. F.): The cranium of the insane: osteitis deformans and acromegaly. **The Edinburg Medical Journal,** 1898. — **Bogaert (Ludo van)** : Le syndrome de l'hyperostose frontale interne chez une malade présentant par ailleurs una cécité psychique par hémianopsie double (Nouvelle observation). **Journal de Neurol. et de Psych.** Vol. 3, 1930. — **Carr (Archie** D.) : Neuropsychiatric syndromes associated with hyperostosis frontalis interna. **Arch. of Neurol. and Psycopath.** Abril 1928.—**Dressler (Ludwig)** : Ueber die hyperostosen des Stirnbeins. Beitrage zur pathologischen Anatomie und zur allgemeine Pathologie, T. LXXVIII, 1927.— **Estapé (J. M.)** : Contribución al estudio del síndrome osteopático de Greig-Morel. **Rev. Neurol. de Buenos Aires.** T. I. 1937.— **Fattovich (Giovanni)** : Contributo allo studio delle iperostosi endocraniche, **Riv. di**

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Neurol. Oct. 1938. T. XL. Fasc. V.—**Greig (D. M.)** : On intracranial Osteophytes. **Edinburg Medical Journal.** Abril y Mayo 1928.—**Humphry (G. M.)** : Med. Chirurg. transactions. London, 1890.—**Henschen (F.)** : Le syndrome de Morgagni (Hyperostose frontale interne, virilisme et adipose). **Ann d'anat. pathol.** T. XIII, 1936, **1936.—Legouest y Servier** : Art. Craneo en. **Dictionnaire encycl. des Sc. Méd.** Dechambre, 1879.—**Leri et Cottenot** : Volumineuse hyperostose "feuilletée" bilatérale sur la face interne du frontal (Piéce 272 du Musée Dupuytren). **Presse Médicale,** 26 juin 1926.— **Morgagni** : Des Sedibus et Causis Morborum, Lib. II. Epist. XXVII. Padua, 1765. — **Morel (Ferdinand)** : L'hyperostose frontale interne. (Syndrome de l'hyperostose frontale interne avec adipose et troubles cérébraux. Gaston Doin & Cie. Paris, 1930. — **Moore (Sherwood)** : Calvarial hiperostosis and the accompaying symtome complex. **Arch. of. Neur. and Psych.** Vol. 35, 1936, pg. 975.— **Moniz (Egas)**: L'Hyperostose Frontale Interne. Etude angiographique d'un cas chez une jeune femme. **Schizofrenie.** T. VIII. Vol. VII. No. 1-3. —**Naito (Y)** : Die Hyperostosen des Schadels. Wien und Leipzig, 1924.—**Naito (Y.) y Schuller** : Ueber die Hyperostosen des Schadels, **Wien. Wochenschr.** 1923, XXXVI.— **Stroebe** : Handbuch der pathologischen Anatomie des Centralnervensystems (Flatau, Jakob Minor). Berlin, 1904.—**Schiff et Trelles J. O.** : Syndrome Stewart. Morel (Hyperostose frontal interne avec adipose et troubles mentaux) d'origine traumatique. **L'Encéphale,** T. 26, 1931, p. 768.— **Stewart R. M.** : Localized cranial hyperostosis in the Insane. **The Journal of Neurology and Psychopatology.** Abril 1928.— **Trelles J. O. y Méndez M.** : Síndrome de Stewart-Morel. **Revista de Psiquiatría y Disciplinas Conexas.** T. I. N° 5. pág. 53. 1936.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

EFECTOS NEURO-PSIQUICOS DEL TRAUMA ELECTRICO

Por **JUAN FRANCISCO VALEGA**

El hecho de haber sido designado por una Compañía de Seguros para informar acerca de las condiciones neuro-psíquicas de un joven aprendiz, víctima de un trauma eléctrico por accidente de trabajo, me ha proporcionado la oportunidad de revisar la bibliografía sobre esa clase de traumatismos. No pretendo, por supuesto, en esta comunicación verificar un análisis completo del asunto. Mi objeto es solamente traer a las deliberaciones de la Sociedad algo que le corresponde, iniciando modestamente la contribución peruana a un capítulo que interesa por igual a la Neuro-Psiquiatría, a la Medicina Legal y a la Higiene Industrial.

Con el progreso de la industria y el generalizado uso de la fuerza eléctrica en la vida doméstica, esta clase de traumatismos se producen con mayor frecuencia. No me ha sido posible obtener una estadística completa, como era mi deseo, acerca de esos accidentes en nuestra capital. El Boletín Demográfico Municipal incluye las posibles ocurrencias de la índole con el rubro genérico de "Muertes violentas y accidentales" y la Compañía de Seguros a la que presenté mi informe, solo me ha comunicado la existencia de tres casos : uno de shock eléctrico, con traumatismo craneano, que tuvo como secuela una ceguera casi completa, que justificó la calificación de incapacidad total; otro, de muerte y el tercero, sin mayores secuelas, que es el que voy a exponer a Uds. dentro de algunos momentos.

En los Estados Unidos la cifra de defunciones por accidentes debidos a la electricidad industrial y doméstica alcanzó en 1929, a 1040, y aunque en los años posteriores fué inferior, la cifra no bajó de 500. Las muertes por fulguraciones ofrecen cifras anuales elevadas, todas superiores a 200.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

De las investigaciones realizadas acerca de dichas defunciones, Leo Alexander deduce que no ha habido asistencia oportuna y eficiente en muchas de ellas, y que ello se debe a ignorancia de lo que hay que hacer en tales casos, por carecerse de información precisa sobre los procesos patológicos y fisiológicos en tales accidentes. El objeto, pues, de los estudios que se llevan a cabo en los grandes países industriales no es meramente especulativo, sino con miras a extraer de ellos mejores directivas en orden a la asistencia de las víctimas.

¿Cuál es la sintomatología clínica de los traumas eléctricos? Es una sintomatología variada dependiente de diversos factores: la clase de corriente, si es contínua o alterna, su tensión, su intensidad, el estado previo del accidentado, su aislamiento con relación al suelo, el estado de sequedad o humedad de su piel, el punto del cuerpo en que hace impacto la corriente, la duración del contacto, etc. El fenómeno más frecuente cuando se trata de corrientes de alto amperaje es, por supuesto, la pérdida del conocimiento o inconsciencia. Esta puede producirse inmediatamente, o después de un intervalo de segundos o de minutos, durante los cuales la víctima pide auxilio o intenta desasirse del conductor. La inconsciencia puede durar horas y hasta días. En otros casos, el paciente, se recupera pronto y completamente. Durante el estado de inconsciencia puede presentarse irritación motora, tal como hiperkinesia contínua o convulsiones epilépticas o mioclónicas. Sin embargo, éstas se consideran raras en el hombre. Puede haber palidez o más frecuentemente cianosis.

Al salir del estado de inconsciencia, la víctima puede presentar a la vez que convulsiones, un estado de agitación y confusión. (Jellinek). Casi siempre el paciente presenta amnesia para el accidente y todo el período inmediato, además dolor de cabeza, debilidad muscular, y objetivamente, sobresaltos mioclónicos, como también parálisis motoras.

Hemos señalado como síntomas inmediatos solo los más salientes y frecuentes. La casuística recogida por los autores es enorme, como puede suponerse, siendo la sintomatología clínica lo mejor estudiado y descrito en esta clase de traumas. Según ella, como lo señala Langworthy, "la variación de los síntomas inmediatos del shock eléctrico es tremenda". Y ello depende, como lo hemos dicho ya, de los variadísimos factores que entran en juego en un momento dado. La severidad de los síntomas es siempre atribuíble al pasaje de la corriente a través del cerebro.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Como efectos secundarios se ha descrito, parálisis temporal de una parte del cuerpo, frecuentemente las piernas. Igualmente, se ha descrito dolor en el tronco y en las extremidades, también pasajero.

Entre los efectos tardíos y permanentes en el sistema nervioso central, se describe las parálisis espinales atróficas. Por lo general, se considera más raras las lesiones permanentes del cerebro que las de la médula espinal, lo que está en relación con el contacto más frecuente de las extremidades con la corriente eléctrica. En general, según Jellinek, citado por Leo Alexander, "las afecciones (trastornos permanentes) del sistema nervioso central son raras, aunque ocurren aquí y allá; su sintomatología recuerda la de la esclerosis múltiple".

Las anormalidades cerebrales más frecuentemente referidas son hemiplegia, desórdenes de la palabra y epilepsia. Se ha mencionado igualmente, como efecto tardío y permanente, el síndromo de Parkinson. Diversas lesiones de los nervios craneales han sido igualmente referidas. En cuanto a los nervios periféricos, su daño está en relación con la intensidad de las quemaduras producidas por la corriente.

Ya nos hemos referido a los trastornos mentales inmediatos, pero el trauma eléctrico puede producir neurosis de compensación o de renta, así como despertar psicosis más o menos serias. Jellinek, el profesor vienés, autoridad reconocida en Electropatología, señala que las consecuencias mentales pueden ser "desde alucinaciones de un carácter leve hasta trastornos mentales muy graves", lo que deben tener presente los médicos legistas a quienes, en el caso de estas ocurrencias, se les pide muchas veces informar **sobre** si se trata verdaderamente de un accidente o de un suicidio o de un crimen. Jellinek, en un artículo muy interesante, (1) pasa revista a distintos casos de su experiencia personal, en los que una amnesia retrógrada, produce el falseamiento de los hechos o la negación del propio accidente, o la inculpación injusta del mismo a una tercera persona. Jellinek señala igualmente la diferencia que existe entre los contactos por intención y los contactos por sorpresa. En el caso de los primeros la víctima no está **chocada,** o solo poco chocada, haciendo notar que faltan los trastornos mentales en los suicidios frustrados por electricidad. A este respecto cita una observación hecha por él de una enferma esquizofrénica, si-

(1) S. Jellinek.—Troubles mentaux comme suites du trauma electrique au point de vue médico-légal.—Annales de Médecine Légale.—Novembre, 1934.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

tiofóbica, con adelgazamiento hasta de 30 kilos, quien tocó un cable de alta tensión y se hirió gravemente. La esquizofrénica se tornó mentalmente normal (remisión completa), relató su propósito y pidió de comer. Pero falleció a causa de lesiones extremadamente graves (gangrena de las extremidades) y del estado de debilidad a que su rechazo de alimentos la había conducido.

¿Cuáles son los cambios patológicos principales en estos traumas? En el sistema nervioso central, de acuerdo con Jellinek, se presenta edema cerebral. Estos resultados han sido confirmados por la necropsia. Clínicamente ha comprobado Alexander la elevación de la presión intracraneana. El incremento de la presión intracraneana y la formación de edema cerebral son debidos probablemente a la perturbación en la circulación cerebral, especialmente del lado venoso. Esta ha sido observada por Urquhart en experimentos sobre animales. Igualmente, se ha observado pequeñas hemorragias perivasculares diapedéticas, así como áreas de desmielinización perivascular y necrosis incompleta en la substancia blanca circunvolucional y central de los hemisferios y en el globus pallidus, lo que explica algunos de los síndromos encontrados en clínica.

Leo Alexander señala otros hallazgos necrópsicos : edema de los pulmones, con congestión y hemorragias diapedéticas, y congestión pasiva del bazo, de las suprarrenales y de los riñones. Esas comprobaciones en el pulmón pueden explicar la hemoptisis que presentó nuestro accidentado.

¿Cuáles son las causas de muerte? Según Alexander, hay dos principales causas de muerte: la perturbación cardiaca y la perturbación respiratoria, usualmente asociada con perturbación vasomotriz. La perturbación cardiaca puede obedecer a dos causas : a) fibrilación ventricular, por acción directa de la corriente sobre el corazón, y b) inhibición y paro del corazón por estímulo excesivo (estimulación central) del nervio vago, especialmente, los centros del vago en el bulbo. La perturbación respiratoria y vaso-motriz es debida a parálisis del centro respiratorio en el bulbo, así como del vecino centro vaso-constrictor.

El papel de la fibrilación ventricular en la producción de la muerte en los accidentes eléctricos ha sido considerado por Boruttau como el más importante. Piensa este autor que el 90 por 100 de los decesos se deben a esa causa, siendo, por lo tanto, inútil la respiración artificial, a menos de que se esté seguro que el corazón

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

está intacto. Contra este aserto, insurge Jellinek, quien sostiene que en los casos humanos de shock eléctrico la muerte no es inmediata, sino retardada y lenta y que el estado de apnea y de aparente paralización en la circulación es debida a parálisis prolongada, pero no definitiva, de los centros respiratorio, vagal y constrictor del bulbo. Por lo tanto, este período es aprovechable para la respiración artificial por tiempo prolongado. Esta maniobra debe hacerse hasta que reaparezca la respiración espontánea o, en su defecto, la rigidez cadavérica y las placas de lividez. Esta recomendación de Jellinek es respaldada por Urquhart, Mac Lachlan y otros autores.

Lo primero que debe hacerse, por consiguiente, en la atención de las víctimas es la respiración artificial (método de Sharpey-Shafer). La punción lumbar está asimismo indicada para obtener el rebajamiento de la presión intracraneana. Se recomienda, igualmente, la administración intracardiaca de adrenalina y de atropina (Urquhart), y en los casos en que la fibrilación ventricular se confirme se ha aconsejado (Hooker) una inyección, intracardiaca también, de cloruro de calcio precedida por otra de cloruro de potasio, así como la aplicación de una corriente de contra-shock de alta tensión (Abildgaard).

He aquí un extracto de nuestro informe sobre el caso que justifica esta comunicación:

XX., natural del Callao, soltero, de 19 años de edad, cursó I. Primaria sólo hasta el 4o. año de estudios. Desde hace pocos meses se viene dedicando al trabajo como aprendiz de mecánico en la Factoría Sakata, del puerto del Callao, ocupación que ya había desempeñado en forma temporal durante las vacaciones de sus años escolares anteriores. Es de raza mestiza.

Antecedentes familiares.—El padre, de 48 años de edad, no sufre de enfermedad alguna. Siempre ha sido sano. Está dedicado a su trabajo como guardián de noche de la Fábrica de Ciurlizza Maurer.

La madre falleció a los 48 años de edad de una dolencia que se había manifestado cuatro meses antes del deceso: dilatación de la aorta.

Del matrimonio nacieron 13 hijos, muriendo de estos siete hombres y dos mujeres. Al nacer murieron cinco, por "hemorragia de la madre", accidente o complicación debida, según el esposo, a que en cierta ocasión, mientras tomaba un baño de mar, se le

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

"quebró una ola en la cintura". Los otros cuatro, de tierna edad, fallecieron de "fiebres", Los cuatro que sobreviven, incluyendo al accidentado, siempre han sido sanos.

Antecedentes personales.— Nacido a término; desarrollo físico y mental, normales. Fué normal y aplicado en su vida escolar: llegó al puesto de "pasante". En la escuela participaba en equipos de foot-ball y de basket, deportes que ya no practica. Es retraído, poco aficionado a salir de casa. No es de amigos ni de amigas. Según el padre y el propio accidentado, éste no ha padecido de enfermedades: "No conoce doctor".

El accidente de trabajo.—Este ocurrió como dejamos dicho, el 27 de marzo del presente año. A las 5 p. m., o poco más, en momentos en que subía para bajar la chimenea de un motor, se tomó de una columna que sostiene el techo del taller, sin advertir de que en ella estaba colocado el tubo de la corriente eléctrica. En ese momento sufrió un shock eléctrico. Visto por el maestro del taller, éste cerró la llave de la corriente, mientras otros operarios lo rodeaban sin tocarlo. Al interrumpirse aquella, cayó y fué recibido. Esta versión ha sido suministrada por el padre del accidentado y por éste mismo, basada en datos de los testigos del accidente, aunque el primero presume que su hijo cayó al suelo. El accidentado solo recuerda cuando ya estaba en el otro taller. Recuperado el conocimiento, lo mandaron donde el doctor Eduardo Ojeda, médico de la Compañía, con sus pies, si bien acompañado. Pero, el accidentado tomó el rumbo de su casa. Llegado a ésta, refiere el padre que su hijo estaba como sonámbulo y que, cuando salieron de la casa para ir al consultorio del doctor, el muchacho arrojó una bocarada de sangre, negra, coagulada en pelotones, "parecían como granos de maíz, negros". Preguntado el papá sobre si después había seguido emitiendo sangre en alguna forma aseveró que nó. A partir de esta fecha, fué asistido por el doctor Ojeda en su consultorio.

Por datos suministrados por el accidentado y su padre, en los días siguientes sufrió de calambres. La pasaba desvelado las primeras noches. Y cuando se quedaba dormido gritaba durante el sueño. En el día se quejaba del cerebro (región occipital). El accidentado no recuerda nada o casi nada de los cinco días que siguieron al accidente. No guarda memoria, por ejemplo, de la emisión de sangre por la boca. En su casa le indicaban una cosa y hacía otra. Cuando el 4 de abril, más o menos, visitó al Dr. Ernesto Del-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

gado, en la Clínica de Miraflores, este le dió una receta para que le suministrasen un remedio en la botica, se guardó la receta completamente olvidado de la indicación del médico. Durante las dos primeras semanas más o menos, el padre tenía que acompañarlo a los consultorios médicos.

Hasta mediados de abril, experimentó el dolor de cabeza, el insomnio y los calambres. El insomnio que había sido total o casi total, se fué modificando favorablemente. A partir de esa fecha dormía desde las 9 de la noche hasta las 12, permaneciendo despierto hasta las 5 de la mañana, hora en que volvía a conciliar el sueño hasta las 8 a.m.

Examen.—De acogida cortés y respetuosa, en nuestro primer contacto con él. Su expresión revela poca vivacidad, si bien denota una ligera angustia. Sus respuestas son un tanto lentas, pero precisas. No hay alteración alguna cualitativa en sus funciones intelectuales : atención, percepción, asociación de ideas, juicio, marchan bien. Hay amnesia para todo lo que ocurrió durante el accidente y los cinco días subsiguientes. Lo que informa al respecto es por referencias posteriores. Solo se advierte lentitud en su rendimiento intelectual, pero, que no podemos calificar de disminución cuantitativa sobreviniente por no conocer su personalidad anterior y no tener otro informante que el padre. Por lo demás, ese déficit está descrito como frecuente después de accidentes eléctricos como el sufrido por X.X. Su afectividad se encuentra alterada en el sentido de una ligera depresión, con matiz de ansiedad, en relación con su incertidumbre respecto a su futuro de salud. Piensa "que le va a pasar algo", "que le puede venir algo más tarde". Su actividad es, según los informantes, nula. Se la pasa en la casa sin hacer nada, por falta de deseo o de iniciativa.

Interrogado por lo que siente, durante ese primer examen, manifiesta tener dolor al cerebro (señalando la región occipital); dolor que en un principio era muy seguido, pero que ahora le viene a veces. Este no se presenta durante la maniobra de inclinación del cuerpo. Experimenta gran intolerancia por los ruidos fuertes (claxons, tranvías, voz fuerte o grito de personas).

El examen neurológico es negativo. Los reflejos tendinosos son normales. Los reflejos pupilares a la luz y a la acomodación, normales. No hay trastornos de la motricidad, de la sensibilidad ni del equilibrio. No hay signo alguno de localización.

El examen del corazón y pulmones, por los métodos clínicos

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

corrientes, no revela sino un ruido sistólico aórtico rasposo. Las conjuntivas oculares denotan cierta anemia. En la cara anterior del antebrazo izquierdo presenta cicatrices de las quemaduras producidas por la corriente.

Mide 1m. 66 y su peso es de 58 kilos.

En los exámenes subsiguientes, hasta el 17 del presente, que practiqué el último, hay una variación en sentido favorable. Va perdiendo, poco a poco, su expresión ligeramente dolida hasta tornarse sonriente; es menos lento en sus respuestas. El dolor occipital ha desaparecido del todo, así como la intolerancia para los ruidos. El sueño se concilia con horario normal y el apetito es bueno. Manifiesta deseos de volver al trabajo, aunque por razones económicas, no encontrándose, según él, con ánimo para ejecutar labores.

Un nuevo examen neurológico practicado el 17 del presente, en forma minuciosa, no revela, como los anteriores, signos de localización. Han transcurrido 50 días del accidente y creemos que ha pasado todo período de latencia para la presentación de esos signos, en el caso de haber lesión focal.

Diagnóstico.—Dejemos de lado, en primer lugar, todo diagnóstico de psicosis por traumatismo craneano, cualquiera que sea su variedad. El accidentado X.X. no sufrió esa clase de traumatismo. Si cayó, como supone el padre, la caída no revistió caracteres severos, menos de traumatismo craneano importante. Sufrió un shock eléctrico, con pérdida del conocimiento por unos cuantos minutos, saliendo de esta condición en el propio local de la Factoría. Persistió un estado confusional, pero que no fué tan profundo como para impedirle orientarse y dirigirse con sus propios piés a su domicilio. Si la acción de la corriente hubiese sido más prolongada, aún sin producirse la electrocución, el sujeto hubiera permanecido en estado de inconsciencia, aún después del cierre de la misma y necesitado asistencia inmediata especial de respiración artificial, la que no requirió. No obstante que el shock eléctrico no revistió caracteres de prolongación, por el oportuno cierre de la corriente, no hemos dejado de considerar, dada la juventud del sujeto, la posibilidad de una lesión cerebro-espinal como residuo orgánico del traumatismo por corriente de alta tensión (220 voltios) que sufriera. Por esto hemos repetido el examen neurológico, en forma minuciosa, como está aconsejado en estos casos. El último de estos exámenes lo practicamos, según dijimos ya, a los 50 días del accidente

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

para cubrir el período de latencia, hasta donde fuera posible antes de emitir este informe, de las posibles secuelas orgánicas. Nuestra conclusión a este respecto es, pues, negativa, pero sin dejar de tener en cuenta la recomendación de Duhem, quien dice "hay que hacer las mayores reservas acerca del porvenir funcional de las víctimas de estos traumatismos".

Es evidente, eso sí, que el accidentado sufrió de trastornos mentales de carácter confusional, con estupor y ausencia, en los días inmediatos al trauma eléctrico. Pero, todo esto, así como los signos nerviosos subjetivos, ha ido desapareciendo con el correr de los días. Persiste en él su desgana por el trabajo, en relación esto último con la fatigabilidad que suelen presentar los accidentados de esta índole, pero que está destinada a desaparecer igualmente.

Otro punto que tuvimos en cuenta en la discriminación de la sintomatología que ofreció el accidentado es el de la neurosis traumática. Como se sabe, esta neurosis es producida por el deseo de renta o de indemnización del accidentado asegurado, con cuadro neuro-psíquico subconscientemente generado. No obstante haber sido esa la primera idea que se presentó a nuestro espíritu la abandonamos, desde el momento en que sin haberse producido indemnización de ninguna clase, el accidentado, a medida que transcurrían los días, fué ofreciendo la disminución cierta de sus molestias subjetivas. He de advertir que las primeras visitas que me hizo el accidentado fueron en compañía de su padre. Desde el primer momento hemos pensado que el joven no era el activo en la preocupación por su salud y sí el padre, y que pasivamente había dejado a éste toda gestión al respecto. Sin embargo, y no obstante haber supuesto que quien hacía la neurosis de renta no era el hijo sino el padre, hemos desechado esta idea completamente, desde el instante que el propio padre ha manifestado con satisfacción que su hijo está mejor. Por lo demás el joven X.X. se ha expresado siempre en forma leal y veraz.

En nuestra opinión el accidentado X.X. ha venido sufriendo de perturbaciones inevitables a una acción traumática eléctrica, a lo que se agregó en cierto grado una neurosis de ansiedad, no ocasionada por el shock eléctrico mismo, sino por la idea de que semejante hecho extraordinario y aparatoso habría de comprometer su futuro de salud. Este último estado ha ido desapareciendo igualmente a medida que se disipaban los rezagos del shock, así como por la acción psicoterápica de los médicos que lo hemos atendido.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

CONCLUSIONES. —1a. X. X. que fuera víctima de un shock eléctrico, ha estado sufriendo, a raíz del accidente, de perturbaciones mentales y nerviosas, así como de neurosis de ansiedad.

2a.—En la fecha, a más de 50 días del accidente, la condición a que se refiere la conclusión anterior, ha desaparecido, pudiendo, por lo tanto, regresar al trabajo.

REFERENCIAS

S. Jellinek.—Troubles mentaux comme suites du trauma électrique au point de vue médico-légal.— Annales de Médecine Légale.—Novembre 1934.—**L. Marchand et J. Picard.**— L'action des commotions électriques sur le systéme nerveux.—L'Encéphale.—Avril 1935. —**George B. Hassin.**—Changes in the brain in accidental electrocution.—The Journal of Nervous and Mental Diseases.—Vol. 86. —1937.—**Orthello R. Langworthy.**— Neurological Abnormalities produced by Electricity.—The Journal of Nervous and Mental Diseases. —Vol. 84.—1936.—**Leo Alexander.**—Clinical and Neuropathological Aspects of Electrical Injuries.—The Journal of Industrial Hygiene and Toxicology.—Vol. 20.—1238.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

EL TIEMPO DE REACCION AL CARDIAZOL EN LOS EPILEPTICOS Y EN LOS NO EPILEPTICOS

Por **FEDERICO SAL Y ROSAS** *

En nuestras experiencias con el Cardiazol (**) hemos observado un hecho singular: el tiempo que media entre la inyección y el shock convulsivo, es en general más largo en los epilépticos que en los demás enfermos. Dada la mayor vulnerabilidad del epiléptico frente al Cardiazol, tal fenómeno parece contradictorio. Y su esclarecimiento puede sin duda llevarnos a explicar la naturaleza de la reactividad convulsiva del epiléptico, y quizá también del substratum biológico de la epilepsia. Sin detenernos por hoy en estas consideraciones teóricas, apuntamos al pasar que la mayor sensibilidad reactiva frente al Cardiazol y respuesta convulsiva más lenta, nos llevan a pensar en una especie de transporte al campo biológico de la actitud mental del epiléptico, particularmente de la bradifrenia y de la diátesis explosiva, como pensamos desarrollar en un próximo trabajo.

Nuestras observaciones se han realizado en 30 casos de epilepsia y 43 de diversas enfermedades no epilépticas (neurosis, psicosis, oligofrenia). Los casos de epilepsia que presentamos son sólo aquellos de diagnóstico confirmado, habiendo eliminado el grupo de casos atípicos, para evitar posibles causas de error. El número de ataques cardiazólicos en que nos ha sido posible verificar el dato es de 557, de los que 228 corresponden a los epi-

---

* El señor Camilo Dongo, que prepara con nuestro material una tesis de bachillerato en medicina, ha colaborado amable e inteligentemente en la confección de los cuadros 1 y 2 cuando presentamos un esbozo de este trabajo a la Sociedad de Neuro-Psiquiatría y Medicina Legal, el 5.VII.39. Labor eficaz han prestado también nuestros antiguos colaboradores Srs. H. Silva y A. Moreno.

** Estas observaciones se desprenden de los trabajos que venimos realizando sobre el tratamiento convulsivante de la epilepsia y de las neurosis y de los experimentos sobre la receptividad humana al Cardiazol, en el servicio del Dr. Honorio Delgado, del Hospital "Víctor Larco Herrera".

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

lépticos y 329 a los no epilépticos. Los casos de epilepsia, según la forma de la enfermedad y según el uso de anticonvulsivos durante el experimento, han sido distribuídos en 4 grupos:

1° Epilépticos esenciales típicos, privados de anticonvulsivos, 8 casos;

2° De igual diagnóstico, pero con administración sistemática de luminal (hasta la antevíspera de la sesión), 7 casos;

3° Epilépticos posiblemente genuinos (el diagnóstico entre epilepsia sintomática y epilepsia esencial no es aún definitivo), 5 casos;

4° Epilépticos sintomáticos, privados de sedativo, 10 casos.

Entre estos últimos, 8 son por lúes (4 hereditarias, 3 adquiridas y una dudosa entre congénita y adquirida), uno por encefalitis y un último por traumatismo cefálico del nacimiento.

Los no epilépticos han sido clasificados a su vez en 5 grupos:

1° Histéricos, 20 casos;
2° Psicasténicos, 10 casos;
3° Neuróticos diversos, 5 casos;
4° Oligofrénicos, 1 caso; y
5° Psicóticos, 7 casos.

La sistematización de los hechos observados se encamina en las siguientes direcciones, correspondientes a otras tantas circunstancias previas y experimentales: factor epilepsia, forma clínica de ésta; uso de barbitúrico; cuadro convulsivo y anímico inmediatamente anteriores a la inyección, cantidad de Cardiazol administrado, velocidad de la inyección, duración del ataque; edad, sexo, raza, tipo constitucional; tiempo de enfermedad y gravedad de ésta, cuya investigación está al presente en marcha. Los resultados más o menos completos de ésta, frente a una experiencia de mayor extensión y duración, serán expuestos próximamente en una "Contribución al esclarecimiento patogénico de la epilepsia a base del tiempo de respuesta a los convulsivantes", que estamos preparando para el año próximo. En el presente trabajo—que tiene así la significación de una nota preliminar—ofrecemos nuestras primeras cifras y relaciones, limitadas al estudio comparativo según las tres directivas siguientes, que determinan la división del trabajo en otros tantos capítulos:

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

1° Entre epilépticos y no epilépticos;
2° Entre epilépticos esenciales y epilépticos sintomáticos; y
3° Entre epilépticos esenciales bajo la acción del luminal y los mismos en abstinencia de anticonvulsivos.

Ofrecemos cinco diagramas, en que tratamos de figurar lo más relevante de nuestros hallazgos; los dos primeros representando la magnitud concreta, en series cronológica y ordinal, respectivamente; y los numerados 3, 4 y 5, representando la magnitud porcentual. Además ofrecemos al final dos tablas conteniendo diversos datos numéricos de nuestra experiencia.

CAPITULO PRIMERO

EL TIEMPO DE RESPUESTA AL CARDIAZOL EN LOS EPILEPTICOS Y EN LOS NO EPILEPTICOS

Una buena parte de los datos numéricos que sirven de base a este capítulo están incluídos en las tablas No. 1 y No. 2, del final, que recomendamos revisar, para la mayor inteligencia de nuestra exposición.

Salta a la vista (tabla No. 2) el hecho de que en los no epilépticos los intervalos pre-convulsivos se enrarecen progresivamente por encima de 30 segundos, y en grado mucho mayor que en los epilépticos, hasta desaparecer a nivel de los 60 segundos. En los epilépticos el intervalo se remonta por encima de 60 segundos, en una décima parte del total de ataques, hasta alcanzar en 8 de ellos los altísimos niveles comprendidos entre 120 y 240 segundos. He aqui algunas cifras demostrativas de estas diferencias:

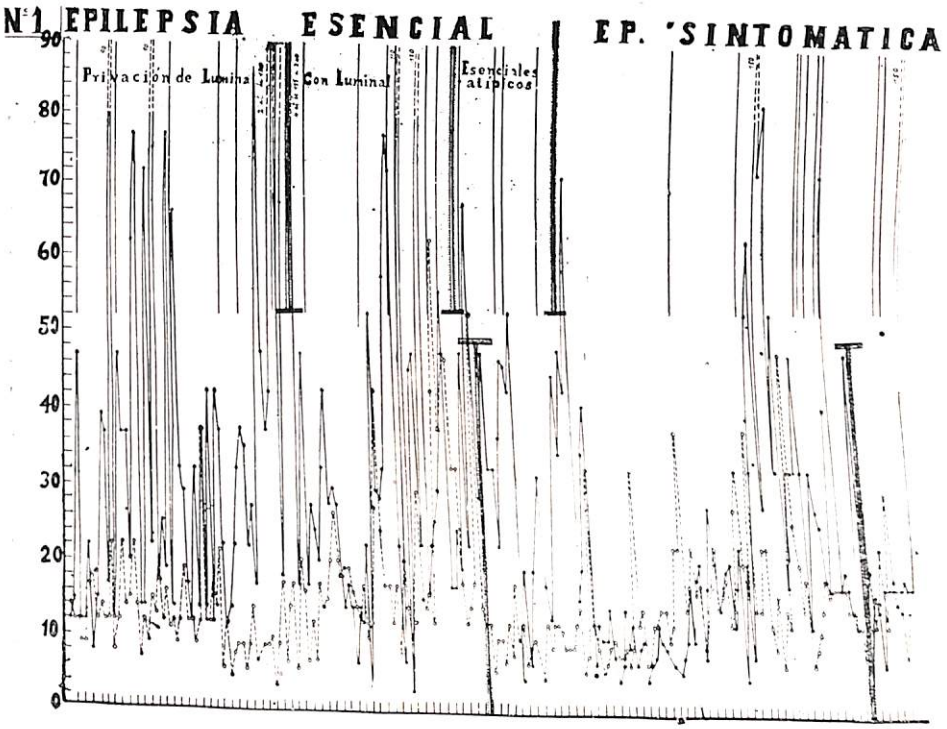
	Epilépticos	**No epilépticos**
Media aritmética general	30 segundos	13 segundos
Media individual máxima	206 segundos	45 segundos
Media individual mínima	11 segundos	8 segundos
Cifra máxima absoluta	240 segundos	60 segundos
Cifra mínima absoluta	3 segundos	2 segundos

El intervalo en los no epilépticos gira alrededor de **trece segundos;** en los epilépticos, alrededor de **treinta segundos,** vale decir un 230 % mayor; lo que se podría expresar también diciendo que el tiempo de respuesta convulsiva es en el epiléptico casi dos y media veces más lento que en el no epiléptico.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Examinando las medias aritméticas individuales (tabla No. 1), encontramos que la máxima es en los epilépticos un 457% más alta que la hallada en los no epilépticos; en cambio la media individual mínima, siendo siempre superior en el epiléptico, difiere en muy discreta proporción en relación a la del no epiléptico. La cifra intervalar más alta observada en los epilépticos es de 240 segundos, y en los no epilépticos, sólo de 60 segundos; la mínima absoluta no difiere mucho en ambos casos.

Una ojeada a los diagramas 1 y 2 muestra, gráfica y global-



mente, la magnitud de estas diferencias. El diagrama N° 1 contiene una imagen de conjunto de los diversos grupos de epilépticos y no epilépticos, según el orden ya expresado al principio. Los casos dentro de cada grupo y los ataques de cada caso están representados en orden estrictamente cronológico; la línea de las ordenadas contiene las magnitudes intervalares en segundos, y la de las abscisas, la sucesión de los ataques en el tiempo. En el grabado No. 1 adjunto ofrecemos sólo el fragmento inferior del diagrama original, que contiene 240 espacios en línea vertical, limitándonos sólo a

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

TABLA No. 1

PROMEDIO DE LOS TIEMPOS DE REACCION

EPILEPTICOS

Casos	Nº de At.	Promedios
I	3	22.7 segundos
II	11	26 „
III	16	33 „
IV	13	23 „
V	5	21 „
VI	10	52 „
VII	1	16 „
VIII	4	206 „
1er. Grupo:	**63**	**44 „**
IX	4	25 „
X	15	19 „
XI	8	41 „
XII	2	13 „
XIII	9	44 „
XIV	3	38 „
XV	4	17 „
2º Grupo:	**45**	**29.4 „**
XVI	2	32 „
XVII	10	37 „
XVIII	2	41 „
XIX	9	25 „
XX	3	39 „
3er. Grupo:	**26**	**33.4 „**
XXI	30	12 „
XXII	18	3 „
XXIII	16	48 „
XXIV	2	24 „
XXV	1	30 „
XXVI	3	23 „
XXVII	1	70 „
XXVIII	15	14 „
XXIX	3	11 „
XXX	5	57 „
4º Grupo:	**94**	**20 „**
Cifras totales para los Epi. en general . . .	228	30

NO EPILEPTICOS

Casos	Nº de At.	Promedios
I	11	10.8 segundos
II	10	12.3 „
III	3	12 „
IV	7	11 „
V	25	9.7 „
VI	11	10 „
VII	1	15 „
VIII	5	17 „
IX	3	16.6 „
X	6	11.5 „
XI	1	15 „
XII	4	25 „
XIII	7	12 „
XIV	1	27 „
XV	3	13 „
XVI	1	10 „
XVII	3	45 „
XVIII	4	37 „
XIX	4	13 „
XX	3	24 „
1er. Grupo:	**113**	**14.2 „**
XXI	2	8 „
XXII	27	9.5 „
XXIII	11	11.3 „
XXIV	24	17.2 „
XXV	1	14 „
XXVI	2	20 „
XXVII	2	8.5 „
XXVIII	4	10 „
XXIX	12	16 „
XXX	9	12.2 „
2º Grupo:	**104**	**12.5 „**
XXXI	3	13.3 „
XXXII	1	20 „
XXXIII	1	10 „
XXXIV	6	14 „
XXXV	1	25 „
3er. Grupo:	**12**	**15 „**
XXXVI	11	11.3 „
4º Grupo:	**11**	**11.3 „**
XXXVII	28	8.7 „
XXXVIII	9	18.4 „
XXXIX	6	13.3 „
XL	6	13.3 „
XLI	16	16.3 „
XLII	11	15 „
XLIII	13	14 „
5º Grupo:	**89**	**13.2 „**
Cifras globales para los no, epilépticos . .	329	13 segundos

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

TABLA No. 2

FRECUENCIA DE LOS ATAQUES EN LA SERIE CARDINAL DE LOS TIEMPOS

Tiempo en segundos	EPILEPTICOS					NO EPILEPTICOS					
	1er. Gr.	2º Gr.	3er. Gr.	4º Gr.	Tot.	1er. Gr.	2º Gr.	3er. Gr.	4º Gr.	5º Gr.	Tot.
2	8	2			2	1	.	.	.	1	2
3			1	4	5	1	1			1	3
4				1	1	3	3			1	7
5		2	1	7	10	5	8	1		6	20
6	1			5	6	3	5			3	11
7				5	5	11	11			11	33
8				5	5	3	7		1	5	16
9					—	1	2				3
10	7	2		7	16	21	17	2	5	22	67
11			1		1	1			1	2	4
12	7	3		6	16	13	15	2	2	8	40
13	2			1	3	4		2			6
14		1		1	2	4	6			2	12
15	4	5	1	14	24	12	9		2	10	33
16	1	1		2	4	2	3	1			6
17	1	1	2	3	7	3		1		3	7
18	1	1		4	6	5	2			1	8
19					—	1					1
20	5	4	2	2	13	3	6	1		4	14
22		2			2	1					1
23	1	1		1	3	1				1	2
24					—	1					1
25	1	3		3	7	1	1	1			3
26		1	1		2						—
27	1	2			3	1		1			2
28					—	1					1
29			1		1						—
30	3	2	3	7	15	2	3				5
32			1	1	2					1	1
33	1				1						—
34			1		1						—
35	6	1			7	2	2				4
37	1				1					1	1
38				2	2						—
40	3	1	1	1	6	2				1	3
42			1		1						—
43		1	1		2						—
44			1		1	1					1
45	3	2	3	2	10	1	2			3	6
50		1	2	3	6	1					1
53		1			1						—
55	1	1			2						—
56					—					1	1
60	1			1	2	1					1
64	1				1						—
65			1		1						—
68				1	1						—
70	1			2	3						—
71		1			1						—
75	2	1			3						—
80				1	1						—
85	1				1						—
90	2		1		3						—
110		1			1						—
120	1	1			2						—
150				1	1						—
155	1				1						—
180				1	1						—
210	1				1						—
220	1				1						—
240	1				1						—
	63	45	26	94	228	113	104	12	11	88	327

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

90, correspondientes a otros tantos segundos. Ahora bien, las curvas representativas de ambos grupos se sitúan en sectores diametralmente opuestos: la línea comicial, (llena) en la parte alta y la no comicial, (entrecortada) en la parte baja. Habría según esto una manifiesta tendencia de los epilépticos hacia la lentitud de la reacción al convulsivante, sin que esto sea absoluto en todos los enfermos y en todos los ataques de un mismo enfermo, como puede verse por las repetidas incursiones—a veces muy profundas—de la línea comicial hacia los niveles inferiores. No hay límite estricto e invariable entre ambos tipos de reacción, en forma que pueda hablarse de un campo epiléptico y de otro no epiléptico exclusivos. La diferencia es de orden estadístico, y trasunta a lo que parece una propiedad general ligada al factor epilepsia, y susceptible de excepciones, según leyes y condiciones cuya investigación hemos iniciado recién a raíz del hallazgo que motiva el presente trabajo.

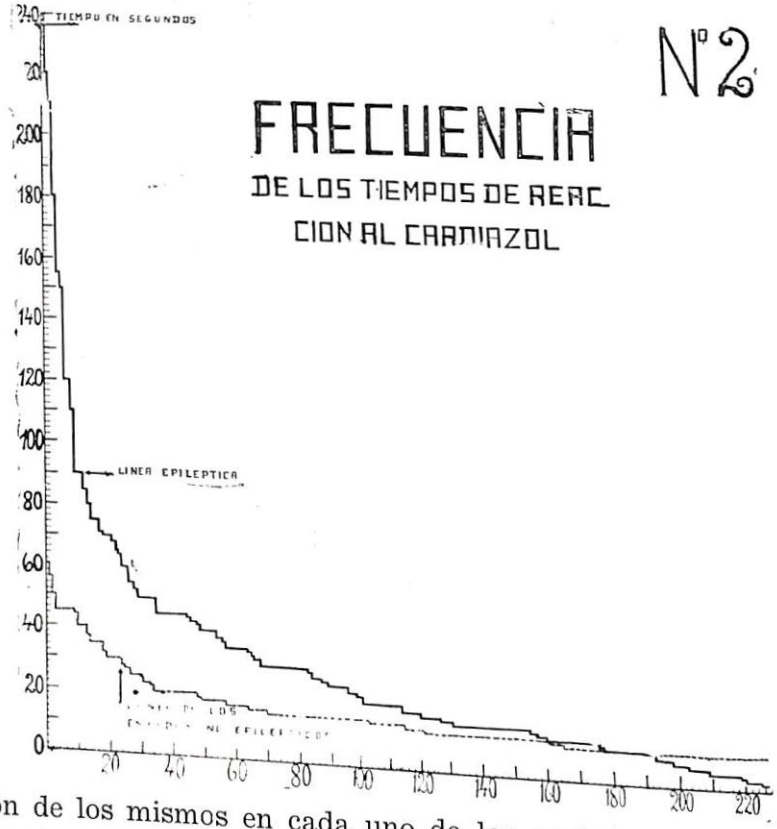
De otro lado, la ubicación y oscilaciones de la curva en el diagrama pueden darnos quizá la posibilidad de distinguir imágenes genéricas o específicas de tal entidad nosológica o cual forma clínica. En primer lugar, la imagen sumamente quebrada y de situación alta de la epilepsia en general (oscilando entre 3 y 240 segundos) difiere de la imagen a variaciones discretas y de posición baja de los estados no epilépticos. Y dentro de la misma epilepsia, las oscilaciones más abruptas y los vértices más empinados corresponden a la epilepsia esencial (grupos 1, 2 y 3, dos tercios izquierdos del grabado) siendo la imagen intervalar de la epilepsia sintomática (grupo 4, tercio derecho del cuadro) en su mayor parte de contornos y posición intermediarios entre la epilepsia esencial y la no epilepsia, hecho este último que estimamos de gran valor en el estudio patogénico de la enfermedad comicial y sobre el cual volveremos en el capítulo segundo.

El diagrama N° 2, adjunto, cuyas coordenadas tienen igual significación que las de la anterior, representa los guarismos intervalares, no en referencia a los grupos clínicos ni a los enfermos, sino a su frecuencia estadística, y en serie ordinal decreciente de izquierda a derecha. La línea comicial, representada en trazo continuo, se ubica visiblemente en la parte alta, y contrasta con la línea no comicial, en trazo interrumpido, que recorre la parte inferior del cuadro, confundiéndose y sobrepasando a la primera sólo en breve espacio. Esta gráfica, que se ha confeccionado con los datos de la tabla N° 2, (véase el final) muestra más esquemática y

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

vigorosamente que la anterior, el contraste fenomenológico que nos ocupa.

En la tabla N° 2, del final, apuntamos la frecuencia de los ataques en los distintos niveles intervalares y en los distintos grupos de epilépticos y no epilépticos. Los números de la serie cardinal de la primera columna expresan los tiempos de reacción en segundos, y los de las columnas siguientes, la frecuencia de la re-



petición de los mismos en cada uno de los cuatro grupos de epilépticos y cinco grupos de no epilépticos, ya dados a conocer.

Para apreciar de algún modo la frecuencia relativa de las distintas magnitudes intervalares en los epilépticos y los no epilépticos, agrupamos los tiempos de reacción en los siguientes índices o niveles:

De 1 a 4 segundos;
De 5 a 9 segundos;
De 10 a 14 segundos;
De 15 a 19 segundos;

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

De 20 a 29 segundos;
De 30 a 60 segundos; y
De más de 60 segundos.

Verificamos la frecuencia porcentualmente, lo que nos permite apreciar las magnitudes según una sola medida, en uno y otro campo. La sistematización de los datos de la tabla No. 2 según estas referencias, nos ha proporcionado los siguientes guarismos:

	Epilépticos		No epilépticos	
De 1 a 4 segundos	8 veces	3.5%	12 veces	3.6%
De 5 a 9 segundos	26 veces	11.5%	83 veces	25.3%
De 10 a 14 segundos . . .	38 veces	16.7%	129 veces	40%
De 15 a 19 segundos . .	41 veces	18%	55 veces	17%
De 20 a 29 segundos . .	31 veces	13.7%	24 veces	7%
De 30 a 60 segundos . .	59 veces	26%	24 veces	7%
De más de 60 segundos .	24 veces	10.6%	0 veces	0%

En este cuadro se nota que hay una acentuada diferencia entre epilépticos y no epilépticos en cuanto a la frecuencia de los intervalos de corta y de larga duración. En los tres primeros niveles (intervalos cortos, de 1 a 14 segundos) predominan amplia e indiscutiblemente los no epilépticos; a nivel de 15-19, guardan equilibrio, con ligero predominio ya de los epilépticos, y desde este tiempo hacia arriba las cifras de los epilépticos son cada vez mayores: en el nivel 20-29, al doble que las de los no epilépticos; en el 30-60, casi al triple; más allá de 60 segundos los intervalos no epilépticos desaparecen, y sólo persisten los de los epilépticos, en casi un 11% del total de ataques.

Para sistematizar aún más y estilizar en lo posible las relaciones, hemos reducido la serie intervalar anterior a los cuatro índices siguientes, que nosotros denominamos, respectivamente, intervalos **breves** (de 1 a 14 segundos); **medianos** (de 15 a 29); **largos** (de 30 a 60); y **muy largos** (de más de 60 segundos). Con lo que obtenemos las nuevas relaciones siguientes:

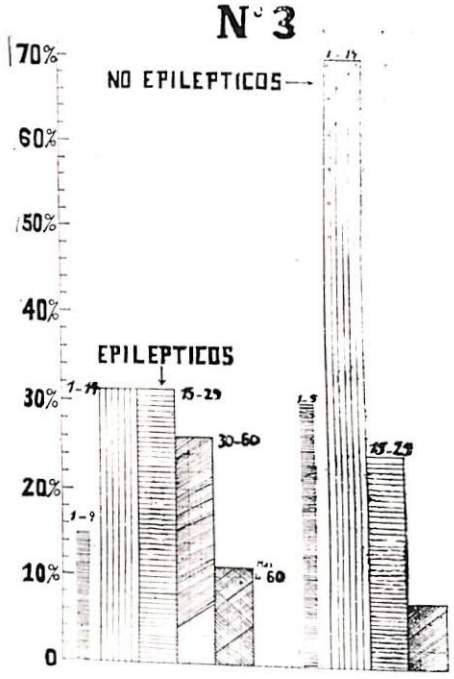
Intervalos	Epilépticos	No epilépticos
Breves (1 a 14 segundos)	31.7%	68.9%
Medianos (15 a 29 segundos)	31.7%	24%
Largos (30 a 60 segundos)	26%	7%
Muy largos (más de 60 segundos) . .	10.6%	0%

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Además hemos introducido otros puntos de referencia derivados de los anteriores, con el fin de descubrir nuevas relaciones. Ellos son: a) de menos de 10 segundos, que nosotros llamamos nivel de **intervalos mínimos;**

b) de 1 a 29 segundos, hallados por VON MEDUNA y otros investigadores como cifras límites en la esquizofrenia, y que por este motivo nosotros llamamos **índice esquizofrénico;** y

c) de más de 30 segundos, que engloba las magnitudes por encima de las cifras clásicas de las psicosis, y que nosotros denominamos **índice sobreesquizofrénico.**



Expresando las nuevas magnitudes en la misma forma que las anteriores, tenemos:

Intervalos	Epilépticos	No epilépticos
Mínimo (1 a 9 segundos)	15%	29%
Esquizofrénico (1 a 29 segundos) . . .	63.4%	93%
Sobreesquizofrénico (30 y más segundos)	36.4%	7%

Hemos representado estas nuevas cifras y relaciones en el diagrama N° 3, que consta de dos grupos de columnas, la de la iz-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

quierda representando la frecuencia de los distintos niveles intervalares en los epilépticos, y la de la derecha, la de los no epilépticos. En cada grupo, las columnas representan los cuatro niveles propuestos y cuya altura indica la proporción porcentual de ellos, según puede verse por las cifras de la línea de las ordenadas. La primera columna, a rayas verticales, representa los intervalos **breves;** la segunda, a rayas horizontales, los **medianos;** la tercera, a líneas oblícuas simples, los **largos,** y la cuarta, a líneas oblícuas cruzadas, los intervalos **muy largos.** A la izquierda de cada grupo representamos en columna estrecha a rayas horizontales los intervalos **mínimos.** El intervalo que hemos llamado **esquizofrénico** (1-29") está representado por las columnas a rayas espaciadas; el que denominamos **sobreesquizofrénico** (de más de 30"), por las columnas a rayas apretadas.

Frente a los nuevos cuadros y gráfica, verificamos los siguientes hechos:

1° Considerando las magnitudes que hemos denominado **esquizofrénico y sobreesquizofrénico,** vemos que en los no epilépticos la frecuencia de los intervalos por debajo de 30" es de 93%, y la de los que sobrepasan este nivel, de sólo 7%; es decir, que los intervalos cortos son 15 veces mayores que los intervalos prolongados, cifras y relaciones éstas análogas a las obtenidas en las psicosis por VON MEDUNA y sus continuadores. Siendo en nuestra experiencia los casos de psicosis sólo la séptima parte del total de enfermos (las 6/7 restantes están constituídas por neuróticos) la proporción obtenida por nosotros entre ambos niveles intervalares puede considerarse como representativa de los estados no epilépticos en general.

En los epilépticos estas relaciones varían en el sentido de un considerable deplazamiento hacia los niveles altos. La frecuencia de los intervalos **sobreesquizofrénicos** se quintuplica (de 7% a 36.4 %), en desmedro de los de corta duración, como puede verse más fácilmente en la gráfica, por el volumen respectivo de las columnas claras y las columnas grises en ambos campos. Esto podría significar que en la epilepsia la tendencia hacia la lentitud de la respuesta al Cardiazol es 5 veces más fuerte que en los estados no epilépticos. En el capítulo siguiente vamos a ver que esta impulsión retardante varía según las formas de la epilepsia, siendo más intensa en la epilepsia esencial, y de mucho menor grado en la sintomática.

2° En relación a los cuatro niveles intervalares propuestos, se nota:

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

a) el predominio franco de los tiempos de reacción **breves** (1 a 14") en los no epilépticos (más del doble que en los epilépticos). Dentro de este nivel, lo que denominamos **intervalos mínimos** (1 a 9") se presentan igualmente en los no epilépticos en proporción doble que en los epilépticos;

b) la superioridad de los demás niveles en los epilépticos: de los medianos un cuarto más; de los largos, cuatro veces más; y de los muy largos, casi once veces más que en los no epilépticos.

CAPITULO SEGUNDO

EL TIEMPO DE RESPUESTA AL CARDIAZOL EN LOS EPILEPTICOS ESENCIALES Y EN LOS EPILEPTICOS SINTOMATICOS

Para esta averiguación hemos escogido pacientes con manifestaciones típicas de una y otra forma clínica de la epilepsia y puestos en parecidas condiciones experimentales, incluso la realización del experimento en privación absoluta de anticonvulsivos. El número de nuestros enfermos reuniendo estas condiciones es aún escaso, 8 esenciales y 10 sintomáticos, con 63 ataques para los primeros y 94 para los segundos; pero no obstante de esto, los datos que arroja la comparación nos parecen bastantes significativos en el sentido de aclarar aspectos desconocidos de la biología de la epilepsia.

Siguiendo el mismo plan del capítulo anterior, vamos a examinar las relaciones numéricas, promediales y porcentuales, entre ambos grupos, sirviéndonos de las tablas 1 y 2, ya mencionadas, que insertamos al final y de la gráfica N° 4, adjunta. Un primer grupo de relaciones es el siguiente:

	Esenciales	Sintomáticos
Media aritmética general . .	44 segundos	20 segundos
Media individual máxima . . .	206 segundos	70 segundos
Media individual mínima . . .	16 segundos	11 segundos
Cifra máxima absoluta	240 segundos	180 segundos
Cifra mínima absoluta	6 segundos	3 segundos

La duración media del intervalo preaccesional es en los epilépticos esenciales más del doble que en los sintomáticos, proporción próxima a la apuntada anteriormente entre epilépticos y no epilépticos. La media individual máxima es igualmente más alta en

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

los esenciales, casi en un 300%, proporción no muy lejana de la constatada entre epilépticos y no epilépticos. La media individual mínima es también mayor en los esenciales, pero en grado menor y casi en la misma proporción que la verificada entre epilépticos y no epilépticos. Igual relación se nota en cuanto a los intervalos máximo y mínimo absolutos. Esto concuerda con lo que habíamos notado ya en el examen del diagrama N°. 1: la situación y forma de la curva sintomática, intermediaria entre la epilepsia y los estados no epilépticos; y las de la curva de la epilepsia genuina realizando al máximun la elevación temporal y la brusquedad de las oscilaciones propias de la epilepsia.

La sistematización de datos, según los 7 niveles, nos da las siguientes relaciones:

	Esenciales		Sintomáticos	
De menos de 5 segundos .	0 veces	0%	5 veces	5.5%
De 5 a 9 segundos	1 vez	1.5%	22 veces	23.5%
De 10 a 14 segundos . .	16 veces	25.3%	15 veces	16%
De 15 a 19 segundos . . .	7 veces	11%	23 veces	24.5%
De 20 a 29 segundos . . .	8 veces	12.7%	6 veces	6.5%
De 30 a 60 segundos . . .	19 veces	30%	17 veces	18%
De más de 60 segundos . .	12 veces	19%	6 veces	6.3%

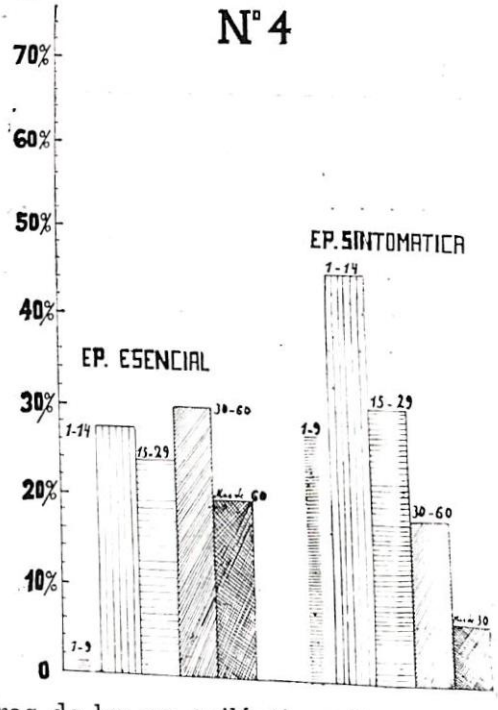
Este cuadro, en sus líneas generales, reproduce las proporciones observadas dentro de la misma escala entre epilépticos y no epilépticos; esto es, la superioridad relativa de los intervalos cortos en los sintomáticos y de los intervalos prolongados en los esenciales, en casi idéntica proporción que entre comiciales y no comiciales. Ahora, reduciendo las cifras a los cuatro niveles propuestos, y determinando lo que nosotros llamamos niveles **esquizofrénico, sobreesquizofrénico** y **mínimo,** tenemos el siguiente cuadro:

	Esenciales	Sintomáticos
Breves (1 a 14")	27%	45%
Medianos (15 a 29")	24%	31%
Largos (30 a 60")	30%	18%
Muy largos (más de 60")	19%	6.3%
Esquizofrénico (1 a 29")	51%	76%
Sobreesquizofrénico (más de 30") .	49%	24%
Mínimo (1 a 9")	1.5%	27%

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Llevamos al diagrama N°. 4, adjunto—de iguales signos convencionales que el N°. 3—la expresión gráfica de estas cifras. He aquí las nuevas verificaciones:

1° Hay un impresionante paralelismo entre las relaciones recíprocas de las cifras y trazos presentes con los que ya hemos visto en el estudio comparativo entre epilepsia y no epilepsia, bajo la misma sistematización de datos. Según ello, la epilepsia sintomática se sitúa frente a la epilepsia esencial en posición equivalente a la de los estados no epilépticos frente a la epilepsia. En los cuadros porcentuales del capítulo primero (recomendamos revisarlos) ve-



mos que las cifras de los no epilépticos tienen con respecto a las de los epilépticos: superioridad de los intervalos breves, pequeña diferencia de los medianos, grande y creciente inferioridad de los largos y muy largos; superioridad de los intervalos esquizofrénicos y mínimos e inferioridad de los sobreesquizofrénicos. Ahora bien, estas relaciones se repiten casi exactamente en el cuadro y esquema adjuntos correspondientes a la epilepsia sintomática frente a la epilepsia esencial; las diferencias son cuantitativas y muy discretas, como puede apreciarse hasta visualmente por la comparación de los esquemas 3 y 4. Comparando los intervalos sobreesquizofrénicos de

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

ambos grupos de comiciales con los de los estados no epilépticos, vemos que en la epilepsia esencial estos intervalos son 7 veces más frecuentes, y en la sintomática, sólo 3 veces; lo que puede interpretarse como si la tendencia hacia el retardo de la respuesta a los convulsivantes fuera en la epilepsia esencial casi dos veces y media más fuerte que en la epilepsia sintomática.

Estas relaciones parecen expresar que la epilepsia genuina contiene y realiza en grado máximo una propiedad privativa de la epilepsia, que se traduciría por la tendencia hacia el retardo de la reacción convulsiva, y que la epilepsia sintomática sólo lo hace parcial o superficialmente.

CAPITULO TERCERO

EL INTERVALO PREACCESIONAL Y LOS BARBITURICOS

Otra de las direcciones de nuestro estudio es la determinación de la influencia de los anticonvulsivos en la duración del intervalo pre-convulsivo. Hemos iniciado la investigación tanto en las diversas formas de la epilepsia cuanto en los estados no epilépticos. Como un anticipo de esta tarea ofrecemos en el presente artículo los resultados del estudio comparativo entre epilépticos esenciales típicos, de los que 8 han estado privados de anticonvulsivo en el experimento, y 7 han usado sistemáticamente luminal. A la reducida extensión actual de nuestra pesquiza, se agrega el hecho de que los enfermos luminalizados presentan notable gravedad del cuadro convulsivo, pudiendo suscitarse la duda de que los datos obtenidos puedan deberse siquiera en parte a esta circunstancia. De todos modos, los resultados de nuestra averiguación parecen muy significativos en orden al esclarecimiento de la acción farmacológica del luminal frente a la epilepsia.

He aquí los datos, según el plan de los capítulos anteriores:

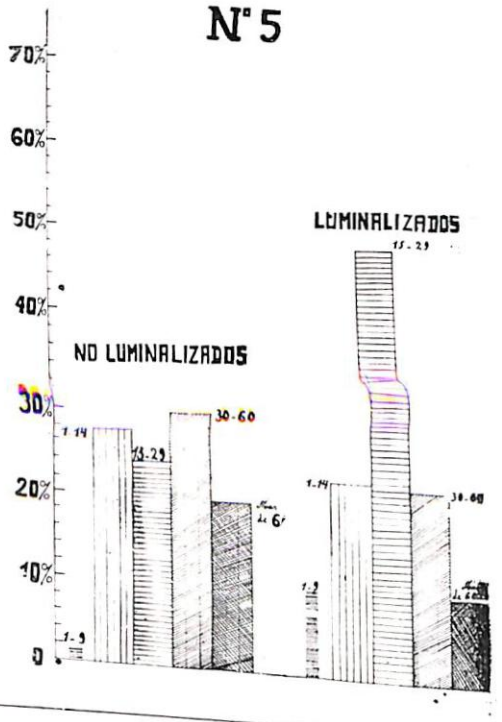
	Esenciales sin luminal	Es. con luminal
Media aritmética general . .	44 segundos	29.4 segundos
Media individual máxima . .	206 segundos	44 segundos
Media individual mínima . .	16 segundos	12 segundos
Cifra máxima absoluta . . .	240 segundos	45 segundos

Comparando este cuadro con el correspondiente de los capítulos I y II, vemos que hay un sorprendente paralelismo en sus di-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

versas partes, incluso en sus proporciones cuantitativas, que son singularmente aproximadas.

Los epilépticos luminalizados—contra lo que podría suponerse **a priori,** ofrecen menor retardo del tiempo de reacción que los abstinentes. Esto querría decir que el luminal tiende a acortar el tiempo de respuesta al convulsivante, hecho paradójico, que tiene su confirmación en las cifras y gráfica N°. 5, que presentamos en seguida:



Intervalos	En los no luminalizados	En los luminalizados
Breves (1 a 14")	27%	22.3%
Medianos (15 a 29")	24%	46.7%
Largos (30 a 60")	30%	22%
Muy largos (más de 60")	19%	9%
Esquizofrénico (1 a 29")	51%	69%
Sobreesquizofrénico (30 y más seg.)	49%	31%
Mínimo (1 a 9")	1.5%	9%

El examen de este cuadro y de la gráfica N°. 5, adjunta, nos conduce a las verificaciones siguientes:

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

1° Los tiempos de reacción por debajo de 30" **(esquizofrénicos)** son en proporción mayor en los epilépticos luminalizados (69%) que en los privados de luminal (51%), en el mismo sentido y proporción casi igual al observado entre no epilépticos (93%) y epilépticos (73%); y también entre epilépticos sintomáticos (76%) y epilépticos esenciales (51%), respectivamente.

2° Los tiempos de reacción, por encima de 30" (que denominamos **sobreesquizofrénicos**) son en proporción mayor en los abstinentes (49%) en el mismo sentido, aunque en proporción algo más discreta, que la observada entre epilépticos (36.4%) y no epilépticos (7%); y epilépticos esenciales (49%) y sintomáticos (24%), respectivamente.

3° Los intervalos **mínimos** (1 a 9") son en los que toman barbitúrico (9%) en cantidad superior que en los abstinentes (1.5%). En el mismo sentido que lo ofrecido por los no epilépticos (29%) y los epilépticos (15%); y los epilépticos sintomáticos (27%) y los esenciales (1.5%).

4° Los hechos que acabamos de exponer expresan el predominio relativo de los tiempos de reacción cortos en los epilépticos que toman luminal y de los niveles largos en los privados de barbitúrico, y nos llevan a las dos nociones siguientes:

a) el luminal tiende hacia la aceleración de la respuesta al Cardiazol, contrarrestando la acción retardante de la epilepsia; y

b) las relaciones porcentuales de los intervalos **esquizofrénico, sobreesquizofrénico** y **mínimo** entre epilépticos privados de sedativo y los mismos luminalizados, son superponibles (salvo pequeñas diferencias cuantitativas) a las ofrecidas por epilépticos y no epilépticos; epilépticos esenciales y epilépticos sintomáticos, respectivamente, de modo tal que los epilépticos bajo la acción del luminal son a los privados de él como los no epilépticos son a los epilépticos y los sintomáticos son a los esenciales.

5° Las proporciones de los intervalos **largos** (22%) y de los **muy largos** (9%) en los epilépticos esenciales que toman luminal son intermediarios entre las de los epilépticos esenciales (30% de **largos** y 19% de **muy largos**) y las de los epilépticos sintomáticos privados de luminal (18% de **largos** y 6% de **muy largos**).

Todo sucede como si el luminal le restara a la epilepsia su propiedad bradireactivante. Esta acción aceleratriz del luminal sobre la respuesta convulsiva en la epilepsia esencial, no llega sin embargo en los enfermos de nuestra experiencia hasta el nivel de los epilépticos sintomáticos y mucho menos de los no epilépticos;

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

los lleva sólo a una situación intermediaria entre esenciales y sintomáticos.

Una magnitud numérica elocuente de este fenómeno nos la da la comparación de los intervalos **sobreesquizofrénicos** en relación a la no epilepsia: dichos intervalos son, como ya hemos dicho, en número 7 veces mayor en la epilepsia esencial y sólo 3 veces mayor en la epilepsia sintomática; en los esenciales luminalizados son en número 4 veces mayor, proporciones que expresan a la vez que la situación intermediaria de los esenciales luminalizados la intensidad de la acción retardante de la epilepsia, que es mitad inferior bajo la acción del luminal que en la privación de él.

6° En compensación de la mengua de los intervalos prolongados, se observa en los que toman luminal un incremento exagerado de los intervalos medianos (de 15 a 29") que es el accidente típico de los luminalizados, y visible a simple vista en la gráfica N°. 5.

7° A pesar de la notable similitud del esquema de la epilepsia luminalizada con los de la epilepsia sintomática y los estados no epilépticos, no es superponible a éstos en todas sus partes, como lo son los esquemas de los dos últimos, y esto puede deberse o a variaciones circunstanciales ligadas a la exiguidad de nuestras cifras, o a que la acción del luminal no es sino parcial y asimétrica en la modificación del asiento biológico de la epilepsia. Confiamos en que una experiencia más dilatada nos llevará a vislumbrar algo más concretamente estas y otras relaciones, cuya interpretación la hacemos hoy sólo a título provisional.

COMENTARIO FINAL Y CONCLUSIONES

Nuestras verificaciones en torno al tiempo de reacción al Cardiazol en los epilépticos y en los no epilépticos nos llevan a pensar en que hay en el terreno biológico de la epilepsia condiciones singulares que tienden a retardar la respuesta paroxismal frente a los convulsivantes. Esta propiedad se muestra al máximun en la epilepsia esencial, y en menor grado en la epilepsia sintomática. La administración del luminal en la epilepsia genuina debilita esta propiedad, pero no hasta el grado observado en la epilepsia sintomática sino sólo hasta un nivel intermediario entre una y otra forma clínica. Sin entrar en los detalles de niveles intervalares, que ya han sido expuestos anteriormente, tomemos como término de comparación el nivel **sobreesquizofrénico** y los niveles extremos: **mínimo** (1 a 9") y **muy largo** (más de 60").

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Cuanto al nivel **sobreesquizofrénico,** tomando como término de comparación el porcentaje en los no epilépticos, vemos que en los esenciales es 7 veces mayor; en los epilépticos en general, 5 veces mayor; en los epilépticos luminalizados, 4 veces mayor; y en los sintomáticos sin luminal, 3 veces mayor, proporciones que revelan nítidamente el grado de esta propiedad epiléptica en cada uno de estos estados.

Los intervalos **mínimos** se presentan en los epilépticos esenciales, en el 1.5%; en los sintomáticos, en el 29%; y en los esenciales luminalizados, en el 9%.

Los intervalos máximos se presentan en los esenciales en el 19%, en los sintomáticos, en el 6%; y en los esenciales luminalizados, en el 9%.

Teniendo a la vista las gráficas 3, 4 y 5, y considerando la imagen porcentual derecha del diagrama N°. 3 como representativa de los estados no epilépticos (¿equivalente a la normalidad?) vemos que en las distintas representaciones plásticas de los estados epilépticos, los intervalos prolongados (en columnas a rayas apretadas) aumentan en desmedro de los intervalos cortos (columnas a rayas espaciadas). En la epilepsia esencial con privación de sedativo (gráfica 4) la magnitud de estos intervalos prolongados es máxima; media en la esencial luminalizada, y menor en la sintomática, en proporciones que son, respectivamente, como 1/2, 1/3 y 1/4 del volumen intervalar total. De otro lado, en los estados ajenos a la epilepsia habría la tendencia a presentar intervalos cortos (como se ve por el hecho de que en ellos los intervalos cortos son 15 veces mayores que los intervalos largos).

La diversa configuración de los esquemas en los estados epilépticos se nos presenta como resultado del conflicto de dos tendencias fundamentales opuestas: la tendencia epiléptica, hacia la derecha (retardo de los tiempos de reacción); y la tendencia no epiléptica hacia la izquierda (prontitud de la respuesta). En la epilepsia sintomática la tendencia retardatriz es como 25; en la epilepsia esencial privada de luminal, como 50; y en la epilepsia esencial luminalizada, como 40, magnitudes expresadas en los grados correspondientes de desviación de las columnas grises hacia la derecha. La tendencia aceleratriz va en gradación inversa, de la epilepsia sintomática hasta la epilepsia esencial no luminalizada, con desviación creciente de las columnas claras hacia la izquierda.

Para terminar, planteamos las siguientes nociones, a manera de conclusiones:

1° Hemos verificado una tendencia marcada de los epilépticos

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

cardiazolizados hacia el retardo del tiempo de respuesta al Cardiazol. Esto parece revelar una propiedad singular de la epilepsia frente a otros estados patológicos, y probablemente también frente al estado de higidez.

2° Sin embargo, no hay bajo este punto de vista un límite absoluto entre epilepsia y no epilepsia, en forma que pueda hablarse de intervalos privativos de uno y otro campo patológico (por más que los intervalos superiores a 60" sean en nuestra experiencia alcanzados sólo por los epilépticos).

La diferencia es en cuanto a frecuencia estadística y también a un modo especial de distribución de los ataques en la serie cardinal de los tiempos (diagramas 1, 2 y 3).

3° La comparación de los tiempos de reacción y sus relaciones recíprocas entre epilépticos esenciales y epilépticos sintomáticos, en igualdad de circunstancias experimentales, descubre diferencias en todas sus partes superponibles a lo que se observa entre epilépticos y no epilépticos; y esto en todos los niveles, como se demuestra porcentualmente. La diferencia se refiere a una tendencia mayor hacia los intervalos largos en los esenciales que en los sintomáticos, y viceversa.

Tan impresionante paralelismo significa a nuestro juicio que la especial distribución de los ataques según la duración de los intervalos y expresada estadísticamente en las gráficas 3, 4 y 5, trasunta una propiedad fundamental de la epilepsia, que es central, primitiva e intensa en la epilepsia esencial, y periférica, secundaria y leve en la sintomática.

4° Comparación igual entre epilépticos esenciales, los unos privados de anticonvulsivo y los otros luminalizados, nos muestra que el luminal tiende a acelerar la respuesta convulsiva contrarrestando la acción retardatriz de la epilepsia. Se nota también parecido paralelismo al del caso anterior, lo que significaría que el luminal tiende a modificar el terreno biológico de la epilepsia en el sentido de los estados no epilépticos.

La propiedad retardatriz de la epilepsia está representada al máximum en la epilepsia esencial y al mínimun en la epilepsia sintomática. El luminal aplicado en la epilepsia esencial amengua esta propiedad hasta un nivel intermediario entre epilepsia esencial y epilepsia sintomática. El grado de **epileptización** (si se nos permite la palabra) de cada uno de estos estados epilépticos está expresado por los índices 7-4-3 (esencial-esencial luminazada-sintomática) que resultan de la comparación de los niveles intervalares altos de aquéllos con los de los estados no epilépticos.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

ESTUDIO EXPERIMENTAL DE LA EVOLUCION DEL PENSAMIENTO ESQUIZOFRENICO EN EL TRATAMIENTO POR EL CARDIAZOL *

Por **JUAN TAURO DEL PINO**

Este trabajo es un estudio de la mejoría gradual que se va produciendo en el pensamiento de los esquizofrénicos durante el tratamiento con el Cardiazol. Se limita al estudio del pensamiento y la imaginación de los pacientes.

Para estudiar mejor el pensamiento esquizofrénico seguimos el método de KONRAD ZUCKER y W. H. DE B. HUBERT, que permite interpretar diversos aspectos de la mentalidad esquizofrénica, como la impresión de irrealidad, las alucinaciones y los trastornos en la formación de imágenes. ZUCKER y HUBERT consideran estos aspectos porque su método se aplica de preferencia a dichos síntomas.

El método consiste en lo siguiente: en un momento oportuno, en que ningún ruido pueda distraer al paciente, se le pide que cierre los ojos y se le invita a representarse objetos, figuras, sonidos, voces, escenas, etc. Luego se le pide que describa el tema sugerido. Se principia por un objeto sencillo : una fruta, un animal, etc.; más tarde, se le invita a representarse figuras generales, de índole más geométrica, y, por último, a imaginar y describir escenas familiares.

Antes de seleccionar los casos para los experimentos, se debe efectuar una prueba preliminar para asegurarse si el paciente tiene la suficiente capacidad imaginativa que requiere esta clase de experiencias.

Debemos señalar que después de cierto tiempo de experiencia es fácil diferenciar aquello que es realmente una alteración en la formación y curso de las imágenes, de lo que es una inhabilidad real para experimentar imágenes vívidas.

---

* Trabajo realizado en el Servicio del Dr. **Honorio Delgado**.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

VENTAJAS DEL METODO.— ZUCKER y HUBERT señalan las siguientes ventajas de su método:

1° "La capacidad del paciente para seguir las instrucciones que se le dan, puede determinarse fácilmente, conociéndose aproximadamente el radio de alcance normal de la actuación".

2° "El punto desde el cual el paciente se apartaba de este radio de acción podía demostrarse, a la par que podían ser igualmente demostrado el grado y la manera de desviación".

3° "Cuando los pacientes alcanzan el umbral de su capacidad de actuación o ejecución para cualquiera tarea particular, pueden comparar las dificultades por ellos experimentadas y las desviaciones que mostraban con su experiencia anormal, que ocurría espontáneamente. De esta manera pueden describir, hasta cierto punto, la diferencia entre su propia formación de imágenes y sus alucinaciones".

4° "El método permite al experimentador hacerse cargo de la esencia de la experiencia anormal del paciente, hasta un grado no conseguible por las preguntas ordinarias".

5° "Es posible hallar en la corriente espontánea del pensamiento de dichos enfermos, rasgos que habían sido demostrados en el campo experimental más restringido".

CLASIFICACION DE LOS CASOS. — ZUCKER y HUBERT seleccionan veintiséis casos de esquizofrenia, con los cuales forman cinco grupos. Esta selección tiene en cuenta el grado de deterioro mental que presentan los enfermos.

Primer grupo. Enfermos de personalidad bien conservada, pero que tienen alucinaciones auditivas, impulsos compulsivos, delusiones.

Segundo grupo. Enfermos que presentan alucinaciones auditivas y visuales, delusiones, sentimiento de pasividad, cambios bruscos en la afectividad

Tercer grupo. Enfermos que tienen indiferencia afectiva.

Cuarto grupo. Enfermos que tienen trastornos mentales más avanzados: incoherencia, catatonía, amaneramiento, pasividad.

Quinto grupo. Enfermos que no acusan desórdenes del pensamiento ni presentan fases de excitación; son pacientes cuya afectividad es muy restringida.

CARACTERES QUE SE DISTINGUEN EN CADA GRUPO.— Se resumirá las anormalidades que presenta cada grupo en la imaginación de objetos o escenas.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Primer grupo. Se encuentran los siguientes rasgos: cuando se invita a un paciente de este grupo a efectuar una descripción, algunas veces no aparece imagen. Otras veces ésta aparece después de una demora, en algunos casos hasta de doce segundos. Casi siempre la imagen desaparece inmediatamente después de producida. Por consiguiente, la desaparición súbita del objeto es lo que caracteriza a este grupo. Puede suceder que el objeto vuelva a representarse por segunda vez, en algunos casos sin ninguna modificación, en otros sufriendo algunos cambios. Si el objeto reapareciera sin ningún cambio adicional, el paciente describe el intervalo diciendo que existe un vacío.

Muy a menudo, el paciente obtiene una imagen que es distinta de la propuesta. El objeto, al principio bien imaginado, va alterándose rápidamente y con frecuencia es canjeado por otras imágenes que aparecen en su lugar. Casi siempre el enfermo tendrá éxito en su primera tentativa, mientras que pruebas sucesivas van haciéndose difíciles o imposibles.

El paciente describe los cambios de la imagen diciendo que varía en intensidad o que amenaza con desaparecer. Se podría considerar esto como un estado inicial de paralización en la formación de las imágenes, particularmente en vista del hecho de que el mismo paciente, con frecuencia, acusa ambos fenómenos. Este rasgo de la desaparición súbita del objeto, que caracteriza a este grupo, tiende a ser mucho menos evidente en las tareas más complicadas de la formación de la imagen. En aquellas pruebas en que el paciente tiene que formarse el cuadro mental de escenas cortas, que le son descritas previamente, aparecen rasgos nuevos. La descripción se va esfumando, el tema dado se altera, pero en forma tal que no se aparta mucho de la tarea impuesta.

También aparecen en el cuadro imágenes acústicas y visuales, sumamente vívidas y espontáneas, sin que se haya dado al paciente alguna instrucción al respecto.

Ejemplo: se le pide a un enfermo que conciba la imagen de un reloj pulsera. "Lo ví claramente—dice—, pero sólo por breves momentos, luego se convirtió en matrimonio, y ví al novio y a la novia". Una escobilla:—"Ví la escobilla pero se trocó en una canasta y luego la escobilla volvió a aparecer, y se convirtió en una escobilla blanca, y luego cambióse en una flor".

"El sale de la casa, hace seña a un ómnibus para que se detenga, ingresa al vehículo, viaja recorriendo la parte lateral del

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

parque, se apea e ingresa a la casa". Hasta hí, el enfermo guarda conformidad con el bosquejo de la narración dada. Después dice: "algo no muy agradable sucede ahora. Yo ví Park Lane y Marble Arch. Un hombre se apeó de un automóvil, ingresó a una casa, y salió con una mujer vestida de traje largo, a la que le dijo que era tiempo de regresar a casa, luego se pusieron a querellar".

Segundo grupo. Los rasgos anotados en el primer grupo se encuentran presentes, aunque a los pacientes les sea difícil conocerlos. A medida que los rasgos psicopáticos se van tornando más pronunciados, las imágenes acusan perturbaciones más profundas que en el primer grupo.

Los rasgos adicionales encontrados son los siguientes:

1. Inhabilidad completa para formar imágenes de la manera ordinaria, o para guardar la imagen inalterada, aun cuando sea por pocos segundos

2. Tendencia a tener dos o más imágenes al mismo tiempo.

3. Las desviaciones no abandonan completamente la esfera de la tarea impuesta, de modo que, si una imagen se cambia por otra, la nueva tiene relación con la propuesta.

4. En las tareas que abarcan imaginación de escenas, la desviación del tema original es marcadísima. A veces los pacientes sólo pueden representarse las escenas que tienen estrecha relación con su propio yo. Sin embargo, la desviación es siempre fácil de seguir.

5. En cuanto a la imaginación acústica, se presentan leves alteraciones, aunque algo más marcadas que en el primer grupo.

Ejemplos: Se indica a una enferma que se represente la imagen de una rueda giratoria: "Ví una máquina de coser y luego ví a mi hija, que se hallaba cosiendo".—¿Tenía esta máquina una rueda?—"Que no se percibía claramente".

A otro enfermo se le pide que imagine a su padre: "Yo lo ví, pero en diversas posiciones; en el jardín, en la mesa de la comida, de regreso de su trabajo, sentado en una butaca".—¿Todo al mismo tiempo?— "No puedo decirle con exactitud. Probablemente".

A otro enfermo se le pide que represente una manzana roja: "No es una manzana, sino un papagayo, y éste era rojo".

Tercer grupo. Presenta los siguientes caracteres:

1. Las imágenes que se presentan en lugar o en unión de la imagen solicitada, a menudo no parecen tener nexo alguno con ella, aunque se puede encontrar algún detalle que ha servido de eslabón

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

entre unas y otra. Estos eslabones de unión pueden ser de clases distintas, aun en un mismo caso. Además, dichos pacientes toman nota de sus experiencias disparatadas, después que su atención ha sido llamada hacia la imagen por medio de preguntas.

2. No se presentan vacíos o bloqueos, en la formación de la imagen. Esto se debe al hecho de que, cuando se presentan las brechas no permanecen como vacíos, sino que se llenan con material semejante, el cual puede llegar a tomar el lugar del pensamiento original. Explicaremos mejor: a medida que los casos están más avanzados, el material que llena las brechas se va apartando más del tema original, mientras que el paciente va sintiendo cada vez menos que este nuevo material es indeseado o malo.

3. Con frecuencia, un sentimiento aparentemente indeseado, pero de algún significado particular, surge durante las experiencias. Esto sólo es de importancia cuando hay una conexión definida entre este sentimiento con significado y las formas que surgen en aquel momento, en el proceso de la imaginación. El hecho es que la impresión de algún significado particular puede suscitarse y puede desempeñar un papel predominante en la subsecuente formación de imágenes. Este sentimiento de significado no puede incluírse en un territorio sensorial determinado; por esta razón es mucho mayor, todavía, su potencia, para impartir a una constelación íntegra de ideas, algo que se podría calificar como un "color".

La procedencia de este factor "significado" tiene diversas alternativas: ya es una imagen auditiva o visual que surge, ya el complejo emana de pensamientos secundarios o paralelos que surgen a la mente. Si el significado queda alterado por una intención del paciente, ocurre igualmente un cambio en el proceso imaginativo. Hay, pues, una estrecha relación.

4. Otro carácter es la aparición frecuente de experiencias pertenecientes a diversos territorios sensoriales al mismo tiempo.

5. La imaginación visual y acústica es semejante a la de los dos grupos anteriores.

6. Se presentan, también, los rasgos anotados en el primer grupo, aunque a los pacientes les sea difícil conocerlos.

Ejemplos. Un enfermo, al ser invitado a imaginar una manzana roja, dijo: "Ví una; yacía sobre un antiguo ataúd romano, labrado en piedra blanca; luego cambió. Mientras yacía sobre el ataúd estaba podrida, pero sin el ataúd era una manzana fresca".

Otro paciente, al ser invitado a imaginar un círculo, dijo: "Se

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

semeja a una escalera en espiral. No, está durmiendo. Debe ser la pista de los rieles ferroviarios." En el primer ejemplo se puede sospechar cuáles son los eslabones de unión, pues al presentarse la imagen del ataúd cambia la imagen de la manzana fresca por la manzana podrida. En el segundo ejemplo hay una relación entre círculo, escalera en espiral, durmientes de la línea férrea, rieles, etcétera.

Véase un ejemplo en que surge la impresión de "significado". Cuando se invita a un enfermo a concebir la imagen de una rueda giratoria, dice, después de nueve segundos: "Yo ví la rueda de un timón, y cuando comenzó a girar, yo mismo era quien la hacía dar vueltas. Esto quiere decir que yo he sido elegido para gobernar el barco del Estado".

Otro ejemplo se encuentra en el siguiente caso: invitado un enfermo a representarse la imagen de su padre, dice: "Las imágenes de mi padre son completamente inexactas; él ha cambiado en mi imaginación; está alterado; al igual que yo me he convertido en alguna otra persona. Uno parece, en algún modo, ser menos compacto".

Cuarto grupo.—Presenta los siguientes caracteres:

1. Gran dificultad para informar respecto de cualquiera alteración en sus procesos de imaginación.

2. Los enfermos de este grupo son incapaces de señalar el momento preciso en que la imagen impuesta desapareció de su mente. En estas condiciones, cualquier pensamiento paralelo que pueda surgir, ya no se reconoce como tal. Toda vez que estos enfermos fallan en sus esfuerzos para percatarse debidamente de las brechas que se producen en su tren de pensamiento, contestan a una pregunta de acuerdo con su pensamiento dominante, o con cualquier pensamiento paralelo que pueda surgir en ese momento. Por consiguiente, las respuestas no tendrán ninguna relación con las preguntas, y si coinciden será una simple casualidad.

Ejemplo. Al ser requerido un enfermo, para describir un caballo, dijo: "Lo entornillé en el mástil blanco de una máquina para elaborar sidra". Más tarde, en un período de mejoría, el enfermo explica la relación entre el caballo y la sidra diciendo que había pensado en la marca de fábrica de una firma manufacturera de sidra, que presentaba un caballo, y que había oído al médico que la cerveza era buena para los pintores, lo que le trajo a la mente la imagen del mástil.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Otro enfermo, al ser requerido para que se imaginase un caballo blanco, contestó: "No puedo ver ningún caballo. Yo veo los cigarrillos Capstan de Wills; al abrir una cajetilla, es como un rastrillo por la mitad".

INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS.— Será conveniente hacer un breve sumario de las concepciones que inspiran el trabajo, antes de pasar a la interpretación de las verificaciones.

"La **intencionalidad** puede ser considerada como el conjunto de la potencialidad psíquica para la acción. La intencionalidad misma no puede ser traída ni colocada dentro de un esquema determinado de análisis funcional. Tan luego como la intencionalidad deviene activa en cualquier sentido o dirección particular, se manifiesta alguna clase de **actividad.** Se puede considerar esta actividad desde un punto de vista psicológico o biológico, pero, en lo que respecta a la relación o vinculación formal, ambas clases de actividad pueden considerarse como idénticas.

"Tan luego como la intencionalidad muestra actividad, uno puede referir a esto como la manifestación de **tendencia.** Esta tendencia puede ser mirada como una función, por cuanto es completamente independiente de todo contenido psicológico o fisiológico. Se puede decir que la **finalidad** de la tendencia es la construcción de una **figura** determinada, o, más bien, la definición de una figura vista desde el fondo. La **forma** particular de esta figura será determinada por la clase particular de tendencia, su contenido será el **material** seleccionado por el material del fondo. Este material latente puede considerarse como un almacén de anteriores impresiones sensoriales, moldes y experiencias más generales. La selección particular, hecha por cualquiera tendencia determinada a base de esto, será transformada en el contenido formal de una actuación o conducta especial, **comportamiento.** Por supuesto, no se sigue de allí que este material, cuando se encuentra latente, es caótico; debe tener una forma particular, que depende de la experiencia previa.

"Cuando una tendencia es redirigida hacia este material, los complejos previamente formados quedarán transformados en formas novísimas, y entonces se podrá crear complejos enteramente nuevos. El análisis funcional tiene como tópico la **tendencia,** y se preocupa y relaciona con las desviaciones particulares que ésta acusa tener, de la tendencia normal".

Discusión.—Aquellos casos que no acusan, clínicamente, des-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

viaciones muy pronunciadas del modo normal de pensar, revelan una dificultad en la consecución de las imágenes, que llegan con frecuencia retardadas, pero no hay una verdadera interrupción en la formación de imágenes. Cuando ocurre una interrupción, no siempre es de carácter súbito o repentino; puede atravesar primero por una etapa de desvanecimiento o pérdida de nitidez.

El retiro repentino del pensamiento, puede interpretarse como algo especial en la experiencia de los esquizofrénicos. Se caracteriza: 1°, por su cualidad resaltante, inmediatamente apreciada por el paciente; 2°, por el hecho de que suele ocurrir cuando existe un regular poder de autoobservación; 3°, porque ocurre sin cambios en el curso de la tendencia.

Cuando se produce un desvanecimiento de la imagen pueden hacer su aparición otros rasgos, o bien, tras una pequeña demora, puede reaparecer la imagen primitiva. A menudo, dicha repetición ocurre varias veces. En tales casos, los intervalos entre las imágenes no son llenados por otro material. Otras veces, en lugar de repetirse la misma imagen, aparecerá otra semejante. A medida que los casos se van tornando más severos, las imágenes que se presentan posteriormente llevan menos relación de significado, con la imagen original. Esto es muy manifiesto en la imaginación de escenas.

Aquelos enfermos que se encuentran menos afectados son los que presentan brechas que no son llenadas con otro material. Por consiguiente, los que clínicamente presentan un estado mental menos deteriorado, serán los que tengan mayor poder de autoobservación, y se darán cuenta de las lagunas que se produzcan después de interrumpida la imagen impuesta.

Todos aquellos pacientes que nos hablan de estos vacíos, casi siempre están en condiciones de rememorar y producir, una vez más, la imagen original. Pero a medida que los casos se encuentran más deteriorados, menores serán las veces en que los pacientes se darán cuenta de la producción de estas brechas o vacíos, producidos después de que se ha desvanecido la primera imagen. El enfermo podrá decir que ha habido una interrupción, pero a continuación notará la aparición de otras imágenes, que llevan mayor o menor vinculación con la imagen original y vienen a llenar la brecha producida; por lo tanto, el poder de autoobservación de estos pacientes irá disminuyendo. Hay, pues, una estrecha relación entre el aumento de transformación de la imagen y la disminución de la autoobservación. En los enfermos cuyo estado mental se halla poco

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

deteriorado, los intervalos entre las imágenes no son llenados por otro material, pero a medida que los casos se van tornando más severos, se notará que la imagen original ya no se repite, sino que, en su lugar, se presenta otra imagen semejante; ambas imágenes no se encuentran completamente identificadas. A medida que los casos son más avanzados, las imágenes que se presentan posteriormente llevan menos relación de significado con la imagen original.

Los pacientes que padecen trastornos mentales menos graves se dan cuenta del momento en que la imagen aparece, se esfuma o se interrumpe mientras que, a medida que la condición se hace más seria, los enfermos experimentan una pérdida creciente de esta potencia. Es necesario recalcar cuán importante es, para el enfermo, la pérdida de la experiencia de la terminación de un proceso psíquico. Cuando se produce tal pérdida, todo conocimiento de un quebranto en el pensamiento, y toda compenetración de que aquello que está surgiendo en la mente es nuevo e indeseado, queda abolido. No importa el hecho de que los pensamientos recién surgidos correspondan o no al tren principal del pensamiento; tampoco importa saber de qué dirección proceden, pues ya no existe ni comienzo ni término del proceso psíquico, ya sólo se tiene un conglomerado indiferenciado de complejos individuales del pensamiento, confundiéndose los detalles entre sí y formando una masa caótica.

El punto en el cual se pierde la posibilidad de experimentar la terminación de un proceso, es también el punto en que, por medio de un cambio en la tendencia primaria, la auto-observación se torna igualmente inadecuada. Allí donde la autoobservación tenga éxito, necesariamente debe haberse destacado con claridad adecuada y como algo distinto del proceso hacia el cual se encontraba dirigida. Esto, empero, ya no es posible cuando el contenido íntegro se encuentra opacado.

En cuanto a las imágenes, o pensamientos, que surgen secundariamente, sin llevar ninguna relación aparente con el pensamiento principal, no existe razón para creer que, efectivamente, no tengan ninguna relación. Precisamente, al citar los caracteres que definen al segundo grupo de la clasificación de ZUCKER y HUBERT, se dejó establecido que existe algún nexo entre la imagen original y las imágenes que aparecen posteriormente. Este nexo es fácil de encontrar en el segundo grupo; mas no en el tercero, en el cual es menos evidente, aunque siempre podrá encontrarse algún detalle

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

que sirve de eslabón entre la imagen solicitada y las imágenes secundarias que surgieron a continuación. En el cuarto grupo no existe ningún nexo que permita establecer una relación, pero podemos decir que "solamente ha ocurrido una **transformación** del contenido del pensamiento, y no una completa alteración. Al considerar semejante transformación, surgen dos problemas: 1°, el rumbo que toma esta transformación; y 2°, el grado de su apartamiento de lo que originalmente era la intención.

Respecto al rumbo de la desviación, éste puede ser variable. Podemos distinguir aquél que depende del significado, de la interpretación, y de la simple conexión verbal. Esta última se puede notar con mayor frecuencia en los casos más deteriorados. Se verificará que este rumbo se encuentra posteriormente conectado con el material que en aquel momento se encuentra presente en la memoria del paciente. Este material debe someterse a una trasmutación en la forma y de allí que irá tomando gradualmente una tonalidad cada vez más esquizofrénica.

Con respecto al sentimiento de un significado indeseado o extraño, que hace su aparición en los experimentos, se verificó en la mayor parte de éstos, únicamente en aquellos casos que fracasaron más o menos en sus esfuerzos para darse cuenta del comienzo de sus desviaciones del pensamiento. Se debe tomar el significado que colorea un complejo, como parte del material y no de la tendencia. Uno de los caracteres que define bien la experiencia esquizofrénica del significado, es lo inadecuado de éste, para el contenido a que ha venido a juntarse. No sólo es esto evidente para el observador, sino que el paciente mismo puede darse cuenta de ello, hasta donde y en la medida que su poder de autoobservación se lo permita. Este sentimiento del significado solamente puede ocurrir en los casos donde las brechas entre los contenidos de la imaginación se encuentran perdidos para la experiencia del paciente. De esta manera se podrá apreciar la incertidumbre creciente del enfermo acerca del orden en el cual ocurren las experiencias, o bien, si éstas ocurrieran todas en el mismo momento o no.

La única forma en que se puede explicar la extensión o el volumen en que los cambios suelen ocurrir, y la forma en que la experiencia de algún significado especial aparece, es mediante la suposición de que, en la tendencia primaria que se encuentra dirigida hacia el material, existe un opacamiento de las divisiones que separan los diferentes contenidos de la experiencia.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

LOUIS H. COHEN, sostiene que el estudio de ZUCKER y HUBERT es superficial. Citaremos las principales conclusiones que Cohen establece en su artículo. 1º En los esquizofrénicos, en contraste con los individuos normales, para quienes la imagen preponderante es visual y auditiva, la imagen tiende a ser, de preferencia, kinestésica o de "tactual-temperature". Las imágenes visuales y auditivas provienen de procesos perceptivos cuyo estímulo deriva del mundo exterior, mientras que las kinestésicas están localizadas en el "mundo interior". Se puede establecer que las "imágenes corporales" del paciente se hacen de mayor importancia en su modo de experimntar, que las imágenes que derivan del mundo exterior. Esto puede interpretarse clínicamente como una especie de narcisismo.—2º Hay una variabilidad más grande de imágenes entre los esquizofrénicos que entre los sujetos normales. Bajo las condiciones esquizofrénicas hay tendencia hacia la mayor difusión de los procesos mentales; su cohesión tiende a desaparecer. La relativa fijeza de las representaciones es una característica importante de la actividad mental normal; su cambio y su mayor diversidad en la esquizofrenia parecen revelar un quebrantamiento fundamental de la vida psíquica. El aumento en la variabilidad de las imágenes ofrecerá, por lo tanto, alguna indicación acerca de la naturleza del proceso esquizofrénico.—3º No hay relación entre las imágenes visuales y auditivas, y las alucinaciones correspondientes.—4º El tipo de ilusiones, en la esquizofrenia, está relacionado con la preponderancia específica de ciertas modalidades de imaginación.—5º La pintura sintomática total está en relación con el fondo específico de la imagen. La imaginación de los esquizofrénicos es diferente a la de los normales, y si tal diferencia puede ser atribuída a algún cambio, éste se realiza en dos direcciones exclusivas: una "activa", en la cual predominan las imágenes kinestésicas; y otra "pasiva", en la cual predominan las imágenes de "tactual-temperature" u "olfato-gustatorias". Hay alguna indicación de que existen otros grupos, pero representarían períodos de un mayor o menor avance del progreso esquizofrénico. El grupo "activo" correspondería a la paranoia, y el "pasivo" a la catatonía. En el primero, la imaginación tiene una dirección que tiende hacia lo externo; los síntomas representan una proyección hacia el mundo exterior. En el segundo grupo, la proyección es hacia el mundo interior.

En el presente trabajo hemos estudiado 5 esquizofrénicos del servicio del doctor HONORIO DELGADO, en el Hospital "Víctor Larco Herrera". Hemos seguido su evolución durante el tratamiento con el Cardiazol. Se les ha aplicado las pruebas a cada uno de ellos, en repetidas ocasiones, para ver si hay variación o mejoría en sus representaciones. Los casos son los siguientes:

Caso I.—C. O. M.; resultado: remisión completa.
Caso II.—N. V.; resultado: mejoría.
Caso III.—N. J.; resultado: remisión completa
Caso IV.—F. B. P.; resultado: remisión completa.
Caso V.—M. J.; resultado: remisión completa.

Hemos tomado otros 2 esquizofrénicos, pero sólo se les aplicó

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

las pruebas en dos ocasiones. Estos casos son los siguientes: VI, E. R.; y VII, A. H. C. Ambos se encuentran todavía en tratamiento.

CASO I.—C.O.M., de 25 años, leptosómico. Los padres y abuelos han sido de carácter violento, y muy afectos a la coca y al alcohol. El paciente, muy irritable y mujeriego, tuvo crisis convulsivas en la niñez. En 1931 presentó trastornos mentales, que fueron tratados empíricamente. Es soltero, estudió contabilidad, y ha sido muy amiguero y obsequioso; no fuma ni bebe. Su enfermedad empezó bruscamente. El 11.XI.38 ingresó al Hospital "Víctor Larco Herrera", llevado por la policía, que lo encontró excavando el piso de su habitación en busca de un tesoro. Los vecinos lo denunciaron por escandaloso. El 1.I.39 fugó del Hospital, siendo nuevamente detenido por la policía a los cuatro días. Durante el tiempo en que estuvo libre, fué a La Perla, para pedir en matrimonio a la hija del Presidente de la República. Ingresó al servicio el 6.I.39.

Presenta el siguiente cuadro: alucinaciones cenestésicas, visuales y auditivas; delusiones; pensamiento precategorial, autismo ("cuando hablo se mueven las plantas"), reificación ("en ese sonido de las olas que van y vienen se oye que el mar dice que soy un hombre sano; el toque de esa campana me decía que fuera a pedir la mano de la hija del Presidente"); sustracción y publicación del pensamiento. "Me casé con la hija del Presidente espiritualmente, no corporalmente. Ví que el Señor de los Milagros me indicaba que debajo de las tablas de mi cuarto había un tapado, y entonces me puse a levantarlas. Lo primero que encontré fueron mis iniciales, C. O. M., puestas por el hijo del Presidente. Levanté la letra C, pero debajo de la letra O había cincuenta mil soles. No pude levantar más, porque me llevaron preso; encontré unas piedras, y sentía olor desagradable. Las vecinas me decían que era antimonio. Ví a una de las vecinas absorver el aire y se ponía más chupada de lo que era, no sé con qué intención. Se quejó de la excavación que hacía, y cómo no me gustaba a mí; no me podía ver. Toda la noche sentía descargas, como si las paredes tuvieran electricidad, y por eso estuve toda la noche en vela, defendiéndome con una regla. Sentía ruidos, como de animales que corriesen por la habitación, pero no los veía".

Con esta sintomatología en pleno, se inicia el tratamiento con el Cardiazol.

Prueba 1.—23.I.39. Días antes del primer ataque.

a) Trate de imaginarse una manzana.—Después de 25 segundos, contesta: "No puedo".

b) Un caballo blanco.—A los 15 segundos: "cierta mancha no más". (Otra vez): "Es una mancha amarilla".

c) Un reloj.—A los 16 segundos: "Solo un escudo". (Otra vez): "Es un escudo".—¿Por qué se imagina usted el escudo?— "No sé, será porque soy peruano".

d) Un partido de fútbol.—Vacila, y a los 30 segundos dice: "No puedo".

e) Dos hombres pelean y luego terminan amistando.—A los 50 segundos: "Sí, pero sólo veo dos puños y son los míos". La imagen ha durado diez segundos, y durante este tiempo el paciente hace ademanes, como si estuviera peleando.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

El tratamiento empezó el 27.I.39, provocándose el segundo ataque el día 30.

Prueba 2.—1°. II. 39. Después del segundo ataque por Cardiazol.

a) Se le invita a representarse un árbol situado frente al pabellón.—A los 8 segundos: "Es un árbol de hojas no tan verdes, medio amarillas: el tronco, en la parte baja, está cubierto de corteza. Esto es claro".

b) Un reloj.—A los 11 segundos: "Sí, ya lo veo; es un reloj de pared, no muy grande".—¿Lo distingue bien?—"Ahora es un escudo".—¿Por qué cambia el reloj por el escudo? "No sé, tal vez porque siempre me imagino el reloj de una habitación en que trabajaba; debajo del reloj estaba el escudo de la República".

c) Una manzana.—A los 8 segundos: "Toda roja".—¿Nada más?—"Sí, es redonda y roja".

d) A su señora madre.—Después de 15 segundos: "Con sombrero de paja y mantón de lana, está riéndose". (Otra vez). A los 30 segundos: "Corriendo, está con sombrero de paja y se ríe".

e) Represente a una joven que encuentra a su novio y se ponen a pasear. —A los 18 segundos: "El joven está con guardapolvo; él es enfermero, amigo mío, compañero de estudios, se llama García; pasan por delante de este departamento y van hasta la Administración, conversando".

Después del segundo ataque por Cardiazol se nota un cambio favorable en el enfermo. Al preguntarle si siempre quería casarse con la hija del presidente, responde: "¿Cómo voy a casarme, si soy pobre, si no tengo dinero? ¿Cómo se va a fijar en mí? Tuve esa idea porque me hipnotizaron". Al preguntarle si iría a buscar el tesoro: "No voy a hacer eso; quizá haya un tapado, pero yo excavé la tierra y sólo encontré piedras".

Prueba 3.—14.II.39. Al día siguiente del sexto ataque.

a) Una naranja.—A los 5 segundos: "Veo una naranja puesta en el estante, es la misma que ví ayer cuando almorzaba en el comedor".

b) Un caballo blanco.—A los tres segundos: "Es un caballo blanco, grande, que lo sostiene de la brida un joven guerrero con armadura. Este es un cuadro que está en la sala".

c) Dos hombres pelean y luego amistan.—A los 11 segundos: "Un hombre gordo discute con otro, que es alto y flaco; es cuestión de dinero. Discuten, pero terminan arreglando. El más gordo le paga al flaco una cantidad".

Interrogado el enfermo sobre su matrimonio, contesta: "¿Qué me van a hacer caso? Se reirían de mí". Contestando a otras preguntas, dice: "No encontré tesoro, y aunque excave más profundamente sólo encontraré piedras". "La inyección me sacude, me hace sentir en un mundo diferente, pero no deseo salir hasta que el médico dé mi alta".

Prueba 4.—1°-III.39. Después del octavo ataque.

a) Una manzana.—Después de 5 segundos: "La veo suspendida del árbol, pero no es toda roja; por una parte es blanca y por otra está madura; tiene venitas rosadas".

b) Una escobilla.—A los 7 segundos: "Es de madera, encharolada, está suspendida en el aire".

c) Este sombrero.—A los 3 segundos: "Colgado en la sombrerera, color habano; tiene la cinta también de color café, pero es más oscura que el sombrero". Duración de 30 segundos.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

d) Su señora madre.—A los 5 segundso: "Está en Huancayo, sentada en una silla de esterilla; se halla en la casa de mi padrastro; ella se ríe y lleva en la cabeza un sombrero de paja".

e) Dos hombres pelean y terminan amistando. —A los 20 segundos: "Es un joven de raza blanca, que está en pijama y pelea con otro; éste le da con una correa y entonces el otro se levanta de su cama y empieza a gritar". Duración de 35 segundos.

El paciente se encuentra bien, se porta correctamente y pide su alta para salir a trabajar. Al referirse a su enfermedad, dice: "Por intermedio de usted, quisiera que me perdonasen; no debía haber hecho esas cosas". (Se refiere a su matrimonio y al tapado). "Yo no creo que las inyecciones sean castigo, pues ya estoy bien". "Yo soy pobre, pero no creo que fuera un error ir a saludar al presidente. Todo ciudadano está en el deber de saludarlo. Eso del matrimonio sí que fué una imprudencia".

El 6.III.39 se le aplicó la décima inyección de Cardiazol, provocándose el décimo ataque. Ya desde la segunda aplicación, se nota el cambio favorable, que se acentúa después del tercer ataque. Después de la quinta inyección, se consigue una remisión completa. Se le aplicaron cinco inyecciones más, con el objeto de consolidar el tratamiento. Por consiguiente, después de diez inyecciones de Cardiazol se obtiene una remisión completa, en vista de lo cual se le da de alta.

CASO II.—N. V., 40 años, leptosómico; no hay antecedentes de los abuelos maternos ni paternos. El padre murió de hemorragia cerebral a los 64 años. La madre falleció de metrorragia. N. V. nació a término, en parto normal. Tuvo chancro a los 18 años. Luego tuvo paludismo, y hace un año que sufre de afección gástrica. No fuma, ni bebe. Estudió instrucción primaria, y ha trabajado en carpintería. Es muy colérico y violento, alegre y conversador; se casó a los 26 años, naciendo una hija de este matrimonio, que murió a los 6 meses. Se separó de su esposa por incompatibilidad de caracteres, pues siendo muy celoso llegó a amenazar con la muerte a su esposa. Tuvo después otras relaciones sexuales, de las cuales nació un hijo que hoy tiene 10 años. Siempre ha sido muy enamorado.

Su enfermedad empezó gradualmente, con fases consecutivas de llanto y risa inmotivados. Pensamiento delusional, de contenido persecutorio, por lo que permanece en cama, sin querer trabajar. Ingresó al hospital "Víctor Larco Herrera" en XI.38. Al examen psico-patológico presenta: ilusiones y alucinaciones visuales (ha visto una burra que aparecía y desaparecía, las puertas se abren y se cierran solas); alucinaciones auditivas y cenestésicas; pensamiento delusional, a contenido de daño y persecución: "Personas que no conozco introducen fuego y sustancias químicas en mi estómago. Lo hacen con el objeto de hacerme daño". Publicación del pensamiento. Musitante.

El 23.XI.38 se inicia el tratamiento con el Cardiazol, provocándose el primer ataque. Se nota ligera mejoría, y ya no se niega a comer, como lo hacía antes. Después del cuarto ataque, dice: "He despertado como de un sueño; recién me doy cuenta de que he estado enfermo. Todo lo que oía y me decían era cosa de mi cerebro descompuesto". No recuerda nada de lo que le decían. En vista de su mejoría, se suspende el tratamiento después del octavo ataque.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Se muestra trabajador, ayuda a los enfermeros, e invita a sus compañeros para que coman y se porten bien. Diez días después vuelve a tener alucinaciones auditivas, delusiones a contenido persecutorio, publicación del pensamiento. En vista de este retroceso, se reanuda el tratamiento el 30.XII.38, produciéndose el noveno ataque. Por esta fecha se le puso la siguiente prueba.

Prueba 5.—28.XII.38. Antes del noveno ataque.

a) Una manzana.—Después de 15 segundos: "Es verde y grande".

b) Un caballo blanco.—Después de 20 segundos: "No lo veo". (Otra vez): Vacila durante 60 segundos, y dice: "Es sin montura".

c) Un pleito entre dos hombres.—A los 40 segundos: "No puedo".

Prueba 6.—10.I.39. Después del duodécimo ataque.

a) Una manzana.—A los 16 segundos: "La ví un momento, pero no me he dado cuenta. ¿Para qué le voy a engañar?"

b) Imagine usted la voz que oye todas las noches.—A los 20 segundos: "Trato de imaginarla, pero no es la misma; no es tan clara".

c) A su hermano.—A los 3 segundos: "Está en mangas de camisa y trabaja; está riéndose".

d) Dos hombres pelean, y luego amistan.—A los 30 segundos: "Es mi sobrino, con el suegro de mi hermano. Se han trompeado".

e) Este lapicero.—A los 11 segundos: "Es plomo y jaspeado".

Después del duodécimo ataque, dice: "Oigo que me captan mis propios pensamiento; esto me desespera. Me parece que las personas que veo son iguales a las que he dejado allá, en mi tierra. Me buscan y tratan de hacerme daño".—¿Usted conoce a esas personas que adivinan su pensamiento?—"No; no los conozco, no he tenido la curiosidad de salir a buscarlos; yo oigo que me hablan de la distancia, no más. Anoche vino calata mi querida Nieves; estaba en la azotea cantando y después se puso a llorar y me dijo que me iban a sacar los ojos. Todos quieren juzgarme". Besa un detente, y dice: "Señor, sólo tú sabes que soy inocente"

Prueba 7.—1°-II.39. Después del décimo octavo ataque.

a) Una manzana.—A los 25 segundos: "Es verde, de buen tamaño; la veo bien clara".

b) A su hijito.—A los 15 segundos: "Sí, está con un sombrero de este tamaño (1 metro)". Esta representación dura 35 segundos; no dice más, pero vacila y se sonríe.

c) La voz que usted oye continuamente.—A los 11 segundos: "Sí, es la voz de mi mujercita. Nico, me dice; pero por la noche la oigo mejor".

d) Este lapicero.—A los 12 segundos: "Es una pluma de oro, el resto plomo jaspeado". Esta representación dura 25 segundos.

e) Dos hombres que están peleando, terminan por amistar:—A los 25 segundos: "No puedo". (Otra vez): A los 15 segundos: "No puedo". ¿Para qué le voy a inventar?"

Continúan las alucinaciones auditivas: "Oigo siempre la voz de mi mujercita, que dejé en la sierra; se llama Nieves Chávez. Oigo su voz toda la noche, pero no entiendo lo que dice, ni la veo; por eso yo le digo que baje de la azotea. También oigo la voz de mi hijito, pero no pueden ser ellos porque los dejé en mi tierra; de modo que alguien, por fastidiarme, con una lata o con un aparato producirá esta voz. Cuando estaba en el pabellón 12, me daban sere-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

natas". "Como la naranja te he de chupar, como la pepita te he de botar". Continúan las delusiones. Publicación del pensamiento.

Prueba 8.—14.II.39.—Después del vigésimo segundo ataque.

a) Un caballo blanco.—A los 10 segundos: "Un caballo blanco, parado". Es todo lo que dice en 25 segundos. (Otra vez): Se esfuerza durante 30 segundos: "No puedo".

b) Ese sillón—A los 11 segundos: "Sí, ya lo veo; tiene tres redondelas en la espalda, está charolado". "Ahora ya no veo el sillón, sino a mi compañero de trabajo Enrique González Burga, que es carpintero como yo; lo veo bien claro, con su corte en la mejilla".

c) Dos hombres pelean, y terminan por amistar.—A los 50 segundos, se ríe y dice: "Le están robando sus lúcumas a Dámaso Vera".

El paciente continúa con alucinaciones auditivas, pensamiento delusional y publicación del pensamiento.

Prueba 9.—1º.III.39. Dos días antes del vigésimo quinto ataque.

a) Una escobilla.—A los 10 segundos: "Es de tamaño regular, filo charolado, extremos redondos, pelos blancos y negros. Tiene un espejito en la espalda".

b) Una manzana—A los 6 segundos: "Es redonda, bien madura, de color granate. No me gustan las manzanas".

c) Un hombre sube a un tranvía y se cae.—A los 15 segundos: "¡Hace tiempo que no veo tranvías. No sé cómo será su movimiento".

d) Dos hombres que están peleando.—A los 22 segundos: "Uno golpea". No dice más, pero cambia el tema y exclama: "Madueño está riéndose de mí".

e) A su señora.—A los 7 segundos: "Se ríe, la veo a la distancia; no la puedo apreciar mejor. Es ojona y airosa".

"En cualquier rato, en el rincón donde duermo, oigo la voz, que es más gruesa ahora. No sé si será de mi mujercita; ella ya habría bajado de la azotea. ¿Quién sabe? Con los aparatos que se usan ahora..."

En este momento se oye la voz de otro paciente, que gritaba: "¡Afuera!" N. V. dice: "Esa burla que me está haciendo M..., eso me desmoraliza. Le han contado cosas que no son ciertas, pero la autoridad es la que ventila esos asuntos. Yo tengo la conciencia tranquila, pero tanta burla de todos los enfermos me mortifica y me hace vivir intranquilo".

Prueba 10.—14.III.39. Después del vigésimo octavo ataque.

a) Una manzana.—A los 15 segundos: "Es amarilla, tiene partes rojas". La representación ha durado 10 segundos, en los cuales el enfermo ha vacilado mucho.

b) Una escobilla.—A los 15 segundos: "Es de color charol, con pelos negros y blancos, filo redondo". —¿Tiene usted una escobilla como ésa que imagina?—"Sí, tenía una".

c) Este reloj pulsera.—A los 3 segundos: "Es cuadrado, de plata, no me gusta su cuerda: todos hablan, adivinan lo que yo pienso, y se están riendo de mí".

d) Un hombre se encuentra con su novia.—A los 30 segundos: "Ya está, se dan la mano y salen a pasear por la Plaza de Armas. Están paseando, nada más".

El paciente se encuentra desorientado en el tiempo. No experimenta me-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

joría. "Las voces siguen más gruesas, a cualquiera hora". "Siguen éstos (algunos enfermos, de quienes se oyen sus pasos) cantando todos los días, mentando mi nombre. Yo no peleo, no digo nada, porque dicen que estoy loco. Vea, pues, ahí están cantando". (No es cierto que canten). "No sé a qué se refieren, pero cantan: "Nicolás, Nicolasito, Nicolasote".

El paciente completa los treinta ataques por el Cardiazol el 20.III.39. El estado del enfermo no ha experimentado gran mejoría, pues termina el tratamiento con alucinaciones auditivas. pensamiento delusional (al ver a otro enfermo que lleva consigo muchos papeles, se imagina que éste lo va a juzgar), captación del pensamiento ("Adivinan lo que pienso, lo comentan y se ríen; esto me desespera"). En relación con el estado que presentaba al iniciarse el tratamiento, se puede decir que ha experimentado una mejoría relativa.

CASO III.—N. J.; de 34 años, pícnico, mestizo. No hay antecedentes dignos de anotarse entre los abuelos paternos. Por la rama materna, el abuelo fué de carácter enérgico y murió a los 45 años, de neumonia. El padre, sufre de diabetes desde hace 15 años; es enérgico y violento. La madre es de carácter normal y sociable. Uno de sus tíos tuvo fuerte tendencia a la vida bohemia y poca vocación para el trabajo. Un hijo de otro de sus tios ha padecido de esquizofrenia paranoide, en dos ocasiones. Los hermanos del enfermo son sanos, y ninguno ha sufrido enfermedad mental. El enfermo, nació a término, en parto normal. Tuvo sarampión a los 5 años; fiebres paratíficas a los 10; y fiebre de Malta a los 28. N.J. cursó instrucción primaria y secundaria, y un año de ingeniería. En 1930 ingresó a la Escuela Militar, teniendo que abandonarla a los 2 años, por haber caído desde una altura de 5 metros, junto con el caballo en que montaba; y pasaron 8 meses antes de que se restableciera del violento traumatismo. Tiempo después, reingresó a la Escuela de Ingeniería. El paciente es de carácter alegre y fiestero; en ocasiones ha tenido excesos alcohólicos y sexuales, que han durado varios días. Amiguero y conversador, tuvo en 1933 una enfermedad mental, y se internó en una clínica durante 8 meses. El cuadro de esta enfermedad mental es semejante al actual.

En X.38, después de una relativa normalidad, que duró varios años, en el curso de los cuales sólo le molestaban el sol y los ruidos, empieza a tener nuevos síntomas de anormalidad mental. Tiene temores de ser robado, por lo que pone guardianes en los depósitos de algodón que existen en las haciendas de su padre; los hace permanecer allí durante horas enteras, pero luego se olvida de ellos hasta tal punto que ni siquiera hace cerrar las puertas de los depósitos. Sus temores carecían de fundamento. Afirmaba que uno de sus hermanos evitaba abonarle su sueldo, lo cual era completamente falso. Poco después hizo un viaje, desde la hacienda en que vivía con uno de sus hermanos, hasta otra, en la cual habló de "usted" al hermano que la cuidaba, diciéndole: "Aquí sí se puede respirar, y no en la otra hacienda". Tiempo después viajó a Lima, donde cometió excesos alcohólicos y sexuales; al regresar a Chincha, le notan expresiones que correspondían a un vago sentimiento de persecución, pues muchas veces se quedaba a mitad de frase, o no se colegía su lógica aunque la hubiese acabado. No concluía las oraciones y sus pensamientos se producían lentamente, quedando a veces paralizados, como si se hubiese paralizado su curso. Al fín, comete agresiones de hecho. Por este motivo ingresa al hospital.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Al examen psicopatológico presenta ilusiones visuales y auditivas. Alucinaciones cenestésicas y auditivas. Desorientado en el tiempo y en el espacio. Falsos reconocimientos. Pensamiento delusional a contenido de grandeza, daño, influencia, erótico, de suicidio. Disgregación, obstrucción del pensamiento, estereotipia, catatonia, pararrespuestas reificación. ("Si veo una cruz, esto me hace suponer que debo seguir esa cruz").

20.XII.1938, antes del tratamiento por Cardiazol. El paciente es inabordable. Se encuentra en fase catatónica. El tratamiento se inicia el 26.XII.38, provocándose el primer ataque por Cardiazol. En la noche de este día duerme bien, y en los días sucesivos se encuentra más tranquilo, dejando de ser agresivo.

Prueba 11.—29.XII.38. 3 días después del primer ataque.

a) Una manzana.—Después de 60 segundos: "No puedo".

b) Esta manzana que está viendo.—A los 10 segundos puede representar "Algo muy borroso".

c) Una pelota de foot-ball.—Después de 60 segundos: "Sólo una cosa toda blanca".

d) Un caballo blanco.—A los 40 segundos: "Un caballo corriendo".—¿Lo vió claro?—"Como si estuviera muy lejos, muy chico, así" (unos 20 centímetros).

e) Esta cama en que está usted acostado.—A los 30 segundos: "Sí, algo, durante un momento, pero no es muy claro". Se desvanece.

Durante esta prueba, el enfermo se hallaba acostado y más abordable que en los primeros días de su internamiento. Se dirigió a mí, saludándome: "¿Cómo está usted, señor Carbone? ¿Viene usted de parte de Duncan Fox?" Tiene delusiones, con contenido persecutorio y erótico. Pensamiento precategorial. Catatonia ("Tengo la idea fija de mirar a un solo punto; así, si veo una mosca, he de seguirla y no perderla de vista, creo que durante horas").

Prueba 12.—7.I.1939. Al día siguiente del cuarto ataque.

a) Una manzana.—A los 40 segundos :"Sólo algo vago".

b) Un caballo blanco.— A los 50 segundos: "Nada".

c) A su primo Mario.— A los 50 segundos: "No".

d) Un sonido.—A los 11 segundos: "Algo muy débil, sólo tán".

e) El olor de la gasolina.—Después de 25 segundos: "Lo tengo presente, pero no puedo".

Después del quinto ataque por Cardiazol, se aprecia mejoría. El paciente se da cuenta de su enfermedad

Prueba 13.— 18.I.1939. Dos días después del séptimo ataque.

a) Una manzana.—A los 40 segundos: "Sólo un momento, pero muy chica".

b) El chino que usted ve durante la inyección.—A los 25 segundos: "Hace ochos. No es tan claro como en la inyección".

c) El rostro de su padre.—A los 15 segundos: "No puedo, es el chinito".

d) Un caballo blanco.—Después de varios esfuerzos afirma que se lo representa, pero no da datos.

Después que me ponen la inyección veo un japonesito sobre mi cama, y está haciendo ochos".—¿Por qué decía "soy inocente", cuando le ponían la inyección?—"Porque los enfermeros Mejía y Díaz me la ponían y yo creía que era como un castigo, porque en la Escuela Militar había un sargento y un ca-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

bo que llevaban estos apellidos".—¿Y por qué creía que se iba a volver maricón?—"Tenía que ajustar los talones, que era como estar con la puerta cerrada".

Prueba 14.—1º.II.1939. Dos días después del undécimo ataque.

a) Una manzana.—"¿Una manzana?" A los 50 segundos: "No la puedo imaginar".

b) Un caballo blanco.— A los 50 segundos: —¿Se lo puede imaginar? "Sí". Vacila, y no da datos.

c) Represente ese ramo de flores.—Después de 60 segundos: "No puedo". (Otra vez). A los 15 segundos: "Veo cuatro rosas juntas".

d) A su padre.—A los 40 segundos: "Gordo, con anteojos". Es todo lo que dice en 50 segundos.

e) Al injerto.—A los 20 segundos: "Algo muy borroso, pero en la inyección sí que lo veo nítido, haciendo ochos al rededor de mi cuerpo, un poco más bajo que yo".

El paciente ha experimentado mejoría. No hay manifestaciones de pensamiento delusional y ya no es agresivo. Se da cuenta de su enfermedad.

Prueba 15.—9.II.39. Tres días después del décimo tercero ataque.

a) Una manzana.—A los 30 segundos fracasa en su intento. Después de otros 30 segundos, dice: "Ya, una manzana roja".

b) El sonido de una campana.—El paciente calla, y vacila durante 50 segundos. Solo dice: "Es muy suave".

c) Una pelota de foot-ball.—A los 35 segundos pregunta: "¿Puedo imaginarme una pelota de foot-ball?"

d) A su padre.—Después de 60 segundos: "Es muy vago".

El enfermo habla lentamente, manifiesta que no ve nada anormal, ni oye voces; sus ideas se interrumpen, dejando las frases inconclusas. El único síntoma que manifiesta es bradifrenia: dice comprender perfectamente lo que se le habla, pero que los pensamientos, no las palabras, le vienen difícilmente. Sin embargo, comprende las películas cinematográficas, los juegos de naipes y otros entretenimientos. Suele quejarse de excitación sexual. Al interrogarlo sobre sus ideas, dice: "Me molestan algunas cosas, pero resisto y hago lo posible por no creerlas".—¿Qué es lo que usted no quiere creer? Trata de responder, pero guarda silencio. En estas condiciones es trasladado del hospital "Víctor Larco Herrera" a una clínica particular. Después de habérsele aplicado 14 inyecciones de Cardiazol, ingresa a dicha clínica el 10.II.39, donde se le provocan seis ataques más, completando veinte aplicaciones. Se interrumpe el tratamiento, porque el paciente sufrió una luxación del hombro derecho. Notablemente mejorado, permanece en descanso, por prescripción médica, desde el 12.III.39, y sale de la clínica el 13.IV.39 habiéndose obtenido una remisión completa, aunque se le nota algo bradifrénico. Cabe observar, sin embargo, que siempre se manifestaba de este modo, según informan miembros de su familia.

CASO IV.—F. B. P., de 28 años, pícnico. No hay datos acerca de los abuelos. Se sabe que el padre combatió en la guerra civil española, pero no se tienen datos de él. La madre murió de neumonia, siendo muy joven. El paciente es soltero; de profesión religiosa, y siempre demostró un misticismo a-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

centuado en el desempeño de sus funciones; de regular inteligencia, es de carácter apagado, muy humilde, tranquilo y bondadoso. Su enfermedad empezó gradualmente, desde hace año y medio, con exageradas manifestaciones de misticismo. Estando en Arequipa, sin autorización del Superior de la Orden, empieza a pedir limosna para una obra piadosa; pero se vió obligado a restituir el dinero, por habérselo ordenado el Superior. Se preocupaba excesivamente de la guerra civil española, llegando hasta el extremo de dar vivas a Franco y a España, mientras se encontraba ayudando misa. Como hace un año fuera retirado de la enseñanza, demostró, desde entonces, un persistente temor de ser separado de la orden. Tiene idea de redimir al mundo, por medio de su sacrificio. Pide que le dejen catequizar China y Japón. El 3.XII.38 subió a una chimenea, porque, siendo el sitio más alto del edificio, estaba más cerca de Dios. Se quejaba de tener una pierna fracturada, pero esto no era cierto. Por estos motivos, ingresó al hospital "Víctor Larco Herrera".

Al examen psicopatológico, presenta características manifestaciones esquizofrénicas: pensamiento precategorial, concretización de lo espiritual—no hay facultad de aprehender el sentido espiritual de las metáforas—; ideas sobrevaloradas, de carácter místico y de inferioridad; alucinaciones cenestésicas; actos impulsivos—autoagresiones sin sentido aparente—; desorientado en el tiempo y en el espacio; hipobulia.

Prueba 16.—23.I.39. Antes del tratamiento por el Cardiazol.

a) Una manzana.—A los 5 segundos: "Ya está", se encuentra partida y se notan el mesocarpio y el endocarpio. Todo claro, la cáscara blanca con rosado, como si fuera de mentiras". La representación dura 66 segundos. "Sólo una mitad he visto, estaba entera y sana".

b) Una campana.—A los 5 segundos: "Es una campana grande, es la campana de la iglesia de San Pedro. Está montada sobre un badajo. Campana de metal, es toda de bronce, parecida a la que usan en los trenes".—¿Entonces no es muy grande?—"Sí, es bien grande, pero se parece a la de los trenes en el movimiento".

c) Dos personas están peleando, y terminan por amistar.—A los 60 segundos: "No he podido".

Prueba 17.—1°.II.39. Después del segundo ataque por el Cardiazol.

a) Un triángulo.—A los 5 segundos: "Es un triángulo isósceles, tiene dos lados iguales; no tiene ninguna coloración. La suma de los ángulos de un triángulo vale dos rectos"

b) Ese sillón.—A los 3 segundos: "No está completo, le faltan dos o tres palos al espaldar; es todo de madera charolada y asiento de esterilla".

c) Dos personas que están peleando.—A los 25 segundos: "Un padre reprende a otro en el comedor, le dice que no haga tanto ruido al comer. El otro acepta la indicación, y luego hablan de la guerra en España".

El enfermo informa que le están poniendo inyecciones. Las acepta como un mal necesario. Dice que toda la semana ha estado matando moscas, para hacer algo útil. "Me he entregado mucho, no me he reservado nada". Se nota mejoría en el paciente, después de estas dos inyecciones de Cardiazol.

Prueba 18.—14.II.39. Después del sexto ataque.

a) Ese sofá.—A los 5 segundos: "Tiene todas las condiciones: patas, a-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

siento, espaldar, baranda. Está completo. Es de madera de Viena. Caben tres personas y puede servir para cualquier hall".

b) A su tía.—A los 5 segundos: "Es bajita, gruesa, de ojos chinos, nariz aguileña, boca grande; es blanca, tiene bastante pelo. Está cosiendo para ella misma".

c) Una misa.—A los 6 segundos: "La sacristía, el sacerdote se viste el ornamento albo, la estola y la casulla. Coge el cáliz; toma agua bendita, que ofrece al acólito. Hace una inclinación y sale".

El enfermo reconoce que las inyecciones que se le aplican le están haciendo bien. Se manifiesta solícito con sus compañeros.

Prueba 19.—1º.III.39. Después del noveno ataque.

a) Una escobilla.—A los 3 segundos: "Tiene el mango verde y los pelos forman una curva. Estos pelos son plomizos, no muy blancos. Es una escobilla usada".

b) Un hombre se encuentra con su novia.—A los 10 segundos: "Es un jovencito, que se encuentra con una muchacha; él es feo y la novia es muy simpática: es bajita, y se le están torciendo las piernas. Una lástima. Ella está con uniforme de colegio, le da la mano y regresa a su casa. Luego sale con falda y va a pasear al parque. El está de plomo".

c) Un sombrero.—A los 8 segundos: "Me pide un sombrero un judío aquí, para decir que está ocupado".—¿Qué tiene que hacer el sombrero con la ocupación?—"Porque un hombre con sombrero, siempre está afuera, y el que está afuera es porque tiene ocupaciones. Se acuestan vestidos, son unos farsantes los judíos".

El 27.II.39, el enfermo tuvo un altercado con un rumano que también está en el pabellón. Se torna agresivo y trata de pegarle, teniendo los enfermeros que sujetarlo. El paciente cuenta esto, riéndose: "Le mordí el dedo; me tenía muy fastidiado ese judío; debería convertirse".

Prueba 20.—14.III.39. Después del décimo tercero ataque.

a) Una manzana.—Se ríe, y no representa nada.—¿Qué le sucede? Imagine una manzana. Después de 3 segundos: "Tiene una cáscara gruesa, está madura, es de tamaño pequeño".

b) Una escobilla.—A los 7 segundos: "Tiene un mango y los pelos son blancos en el centro y negros alrededor. Brillante, bien clara está la escobilla. Se puede pasar por la ropa. Ahora veo un terno".

c) Un padre sale a decir misa.—A los 7 segundos: "Está con su sotana, encima tiene el alba, la estola y la casulla. Lleva bonete. Toma una vasija, donde hay agua bendita. Ahora me he distraído, pensando en el corredor que hay delante de la capilla de aquí, y yo miraba a la gente que estaba fuera".

Al conversar ,el enfermo dice: "Unos judíos que están aquí, me tienen caliente porque son judíos. Por eso tuve mi lío con uno de ellos, con uno que me parece se llama Jacobo. Me amenazó con un palo, yo me le eché encima, le pegué y le mordí el dedo. Es una desgracia que sean judíos y no católicos, porque se condenan. No saben el negocio de su salvación. Le pegué, porque ya me tenía harto. Y que no joroben". "Las inyecciones me han dado luz sobre mi enfermedad. Yo no sabía lo que había tenido. Contiene ciertas cosas esa medicina, que me hacen efecto. Toda medicina es desagradable, pero por ser religioso tengo que tomar lo desagradable. Ahora, sobre todo, que me han qui-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

tado todas las penitencias, pues no guardo disciplina ni silencio. Considero que me ha quedado esta penitencia, la inyección, muy pequeña pero que produce efectos. En el tiempo que he estado aquí, me he enterado cómo son los médicos, las medicinas, de la filantropía del que hizo este edificio".

Prueba 21.—2.IV.39. Después del décimo octavo ataque.

a) Una naranja.—A los 5 segundos: "Está partida, es muy jugosa y tiene muchas pepitas".

b) Ese ramo de flores.—A los 2 segundos: "Son cuatro rosas, de pétalos rosados, pero una es de color rojo; están en un pequeño florero. Todas las partes de una flor están presentes: cáliz, corola, estambres y pistilo".

El comportamiento del enfermo es bueno. Ayuda a sus compañeros y ya no le preocupa tanto la guerra civil española, ni los asuntos religiosos. "El misticismo se ha quedado preso. Me parece, doctor, que no volveré a ser místico (risa incontrolada). El misticismo se ha quedado aquí, y, sin embargo, soy fidelísimo en los ejercicios espirituales, sin que nadie me lo exija". "Subir a la chimenea, eso sí que fué una tontería. Era para mí un símbolo, pues estando más alto estaría más cerca de la perfección".

Prueba 22.—28.IV.39. Después del vigésimo sexto ataque.

a) Un reloj.—A los 10 segundos: "Es de oro, con números negros, con su tapa y su cuerda. Son las once. (Aproximadamente, era la hora en que se realizaba la conversación). Ahora el reloj cambia de dueño, lo tiene otra persona que no puedo distinguir'.—¿Quién lo tenía antes?—"Lo tenía usted en la mano".

b) Un sombrero.—A los 6 segundos: "Es un sombrero grande de paja, de esos sombreros que se ponen para resguardarse del sol. Ya está muy usado".

El enfermo ha observado buena conducta durante todo el mes. Manifiesta lo siguiente: "Me subí a la chimenea para distraerme, porque pocos sitios hay en esa casa, ya que es muy chiquita. Y, sin embargo, ni de vainas subiría otra vez. Cuando se sienten esos deseos no se debe obedecer a los impulsos, y más bien debe decirse a una persona autorizada, me pasa esto o me pasa aquello". El paciente no se preocupa de la guerra civil española y no manifiesta entusiasmo, a pesar del triunfo de las armas franquistas. Tampoco se preocupa por los judíos, pues al interrogarle dice: "Creo que uno ya se fué". El 12.V.39 se completan los 30 ataques por Cardiazol, observándose en los días siguientes cierto negativismo; más tarde se torna agresivo. En vista de tales manifestaciones, se le aplican seis inyecciones más, terminando el 3.VI.39. Después de 36 ataques, se obtiene, una remisión completa.

CASO V.—M. J., de 30 años, pícnico. Todos sus abuelos han muerto de edad avanzada, sin que ninguno de ellos haya padecido de enfermedad mental. El padre, actualmente en la edad madura, lleva vida campesina y puede hacer largas cabalgatas a caballo; es de robusta constitución y no ha padecido de enfermedad mental. La madre, normal de carácter, es sociable con los extraños y afectuosa con los suyos. Los tíos, por la rama paterna, son cinco; uno de ellos tenía una acentuada tendencia a la vida bohemia, y poca afición al trabajo; otra, frisa en los cincuenta años y sufrió enfermedad mental cuya primordial nota era la tristeza, coincidiendo con la menopausia y con una fuerte pérdida económica. El hijo de otro de los tíos sufre, en la actualidad, de

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

trastornos mentales (caso III). Los tíos, por la rama materna, son cuatro; uno de ellos es muy amigo de las patrañas y de las mentiras. El hijo de una tía materna es alienado desde hace tiempo (J. M.M.) Los hermanos del paciente fueron ocho, y de ellos ha muerto uno. El enfermo, nació a término, en parto normal. A los 5 años tuvo infección intestinal; a los 7, paludismo; y a los 9, sarampión. Dos veces ha tenido gonorrea, a los 18 y a los 25 años, siendo tratado en ambas ocasiones. Después de los 20 años. ha tenido gripe de regular intensidad, unas cinco veces. M. J. es soltero. A los 12 años comenzó sus relaciones con mujeres, que ha continuado hasta la iniciación de su enfermedad Se masturbó antes de los 12 años, y aún después. Su vida sexual ha sido poco intensa; escasamente enamorado y casi nada mujeriego. Indiferente en materia de religión, de apagada vida social y pocos amigos. Vida algo solitaria y silenciosa, pasaba más tiempo en su casa que fuera de ella. Muy díscolo y pleitista durante su niñez; educado y muy tratable, después. El paciente es apreciado por sus familiares, amigos y compañeros de trabajo; da la impresón de ser un sujeto de constitución delicada, más reflexivo que activo. No es introvertido, más bien apático. Se expresa lentamente, y se nota cierta debilidad como tinte que matiza su personalidad. Poseedor de menos vida espiritual de lo que parece, sus maneras son delicadas, fruto de su educación y de su idiosincracia.

En IV.37 se hallaba en perfecto estado de salud, cuando empezó a sentir extrañas sensaciones en los ojos, a manera de hincones, que en pocos días fueron acompañadas de dolores intensos, que no pudieron impedir las lunas negras que el enfermo usó, por prevención. A esto se añaden, angustia y sentimiento de temor ante la posibilidad de quedar ciego. Al llegar a Lima, para tratarse. nota que percibía los objetos con extraordinaria viveza y nitidez; una visión tan perfecta y con detalles tan íntimos que le daba la impresión de llevar lunas especiales, aunque no las tenía. "Veía hasta la nervadura de las hojas, cosa que juzgaba materialmente imposible, debido a la distancia a que me encontraba". Algunos días más tarde, ya acostado y en plan de dormirse, aunque sin sueño, sin luz y sin ruidos, en su aposento, notó que veía, pegado a los cristales de la mampara, un paisaje en colores, más grande que los que se pintan en las postales pero muy semejante a éstos. Estas visiones duraban media hora y acontecían en la oscuridad, estando el enfermo en reposo y con clara conciencia; por eso no pueden clasificarse como alucinaciones hipnagógicas. Días más tarde, el enfermo oyó voces humanas, como de personas que hablaran en voz alta; luego, estas voces las oía localizadas en el cerebro' Juzgaba el enfermo que eran producidas por algún aparato de radio, que algunos amigos suyos habrían colocado en la casa fronteriza a la suya, para hacerle bromas, y entendía que las cañerías de agua eran los conductores de esas ondas. Más tarde se sumó temor de ser envenenado por su hermano. Ocurría todo esto por la noche, y a la mañana siguiente se daba cuenta de su irrealidad. A poco, ya no dudaba de los intentos de envenenamiento por parte de su hermano, y amplió el círculo de sus envenenadores hasta los sirvientes y otras personas completamente extrañas. Después de una remisión que duró 40 días, empieza a tener alucinaciones cenestésicas: se siente como desgarrado, se le destruyen los nervios y tendones, principalmente en la región de los carrillos, donde se contraen involuntariamente, y se ve obligado a agitar los

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

brazos para impedir el desastre. Estas contracciones de los carrillos, eran dolorosas. Se veía y se sentía hinchado, desde los pies hasta el vientre, intensificándose por momentos esta hinchazón, hasta el punto de parecerle que iba a reventar. Sin embargo, el juicio estaba claro, pues no comprendía cómo se había hinchado tanto en un momento. Luego tuvo sensaciones extrañas, parecidas a fuertes corrientes eléctricas; oía ruidos, como de aeroplanos o aparatos de radio, que para él significaban que lo conducirían a prisión o cosa parecida Veía que la servidumbre tenía intenciones de asesinarlo. Con todos estos síntomas ingresó a una clínica, donde le pusieron varias inyecciones que lo mejoraron notablemente. Días después siente un extraño modo de circular la sangre, como si se extendiera por la frente en una capa, y significando el sombrero del Dante, que alguien le colocaba en la cabeza. Sentía que sus venas eran sustituídas por cordones; y como su cuerpo lo sentía pesado juzgaba que era oro, y no sangre, lo que circulaba por sus venas. Salió de la clínica muy mejorado, pero su salud fué efímera, y volvieron aquellas contracciones musculares de los carrillos, que venían involuntariamente, a manera de tics. Sentía una invencible inclinación a caminar, y lo hacía durante horas seguidas, sin sentir cansancio de ninguna especie. Vagaba sin finalidad determinada, recorriendo las calles unas tras otras y desprendiéndose de los escaparates de las tiendas no poca pseudología fantástica, de contenido comercial. No podía leer, porque no se daba cuenta de lo que leía. Esta hipoprosexia se manifestaba aún en sus conversaciones, pues el enfermo no sentía interés por nada. Vivía sus instintos superiores como si estuvieran diluídos por una especial flojedad. Experimenta mejoría y, estando al parecer sano, ingresa al hospital "Víctor Larco Herrera" para su observación. Actualmente, o sea, 10 días después de haber sido hospitalizado, sólo le queda el antiguo tic en la boca y una ligera opresión en las sienes.

Resumiendo: alucinaciones visuales, auditivas y cenestésicas; pensamiento delusional, con contenido de daño; hipoprosexia; pseudología fantástica; estereotipia; alteraciones de orden cuantitativo, en el instinto—comía gran cantidad de alimentos, e ingería poca agua, a pesar de sentir sed, que trataba de calmar comiendo flores y hierbas, de lo cual se extrañaba él mismo, pero se justificaba pensando que lo aliviaban—; parece que en alguna ocasión hubo disgregación, pues hablaba largas horas seguidas y ni él se acordaba de lo que había hablado, ni las enfermeras de la clínica comprendían lo que hablaba.

Prueba 23.—12.XI.38. Antes del tratamiento por Cardiazol.

a) Una manzana.—A los 5 segundos: "La veo roja, jaspeada, sólo un momento. Ahora es una fuente de tomates". "Sí, he visto la manzana, pero luego se perdió; seguramente me imaginé los tomates porque son del mismo color"

b) Un caballo blanco.—A los 4 segundos: "Ya lo tengo, pero un momento es blanco y luego se torna alazán". (Otra vez). "No puedo volver a tener el caballo blanco; sólo una imagen borrosa".

c) Una pelota de foot-ball.—A los 3 segundos: "Algo muy rápido, luego ya no la ví". (Otra vez). "Sí, pero ya no es igual".

d) A su padre.—A los 5 segundos: "Está en buen estado, lleva saco blanco".

e) Un señor discute con otro, que es su amigo.—A los 17 segundos: "Hay dos hombres, uno habla con más fuerza y el otro quiere cortar. Ya le pegó

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

uno. Se separan". Esta representación ha durado 52 segundos; el enfermo estaba cansado.

Prueba 24.—23.XI.38. Después del tercer ataque.

a) Una manzana.— A los 4 segundos: "Es una manzana grande, de color rojo y está sobre un azafate de plaqué cincelado. Ahora veo solamente el azafate". (Otra vez). A los 5 segundos: "Solo el azafate". "En mi casa, las manzanas se colocan sobre un azafate como el que yo me imagino".

b) Un caballo blanco.— A los 3 segundos: "Es de color blanco, luego es alazán; está parado junto a un ficus".—¿El caballo blanco?—"No, el alazán".

c) Una pelota de foot-ball.—A los 5 segundos: "Sólo la pelota, como si estuviera en el aire". (Otra vez). Después de 20 segundos: "La veo muy borrosa".

d) Una escobilla.—A los 4 segundos: "Es pequeña, está sobre un pantalón. Ahora dejo de ver la escobilla y sólo veo el pantalón, que es azul".

e) Un hombre se encuentra con su novia.—A los 20 segundos: "Un señor saluda a una señorita; vacila, ella está sentada; entonces él toma asiento junto a ella, en una banca". Esta representación ha durado 60 segundos, en el curso de los cuales el enfermo ha dudado mucho. Se distrae.

Prueba 25.—5.XII.38. Después del sexto ataque.

a) Una manzana.—A los 4 segundos: "La ví roja". La imagen ha sido fugaz; se desvanece a los 3 segundos.

b) Un caballo blanco.—A los 5 segundos: "Lo veo blanco, como una estatua; no tiene montura. Ahora lo veo vivo". (Otra vez). Después de 9 segundos: "Es un hermoso caballo blanco, de cola larga".

c) Una escobilla.—A los 4 segundos: "Es una escobilla que se moja en tarsana, para limpiar un vestido".—¿Sigue viendo la escobilla?—"Sí, es de cerdas duras".

d) Una pelota de foot-ball.—A los 5 segundos: "Es de caucho, color amarillo".—¿La ve usted clara?—"Sí, pero aparece y desaparece. La puedo imaginar cuando quiero, pero desaparece sin mi voluntad".

e) Dos hombres pelean.—A los 11 segundos: "Los veo que se están pegando; discuten. Ya no los veo más". La imagen ha durado 15 segundos.

Prueba 26.—15.XII.38. Después del noveno ataque.

a) Un caballo blanco.—A los 10 segundos: "Sí puedo verlo. Es un caballo blanco que relincha. La cola es larga, y está sin montura".

b) A su padre.— A los 5 segundos: "Es gordo, canoso, tiene bigote y lleva un saco de dril blanco".

c) Ese sombrero.—A los 3 segundos: "Lo veo tal como es, de paño plomo oscuro".

d) Un señor sube a un tranvía.—A los 12 segundos, "Un hombre vestido de obrero sube calmadamente a un carro y toma un asiento al lado de una frutera". La representación de esta escena ha durado 25 segundos.

El enfermo se siente mejor. Confiesa que antes oía voces que se burlaban de él. Le asaltaban el temor y la desconfianza. Creía que todo iba dirigido a molestarlo: "Si veía una taza de té, me parecía que me la iban a echar". "Me dolía la cabeza, se me nublaba la vista".

Prueba 27.—29.XII.38. Después del décimo tercero ataque.

a) A su hermano.—A los 8 segundos: "Lo veo grueso, de pelo crespo. Es trigueño, y está vestido de azul".

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

b) Una pelota de foot-ball.—A los 3 segundos: "La veo perfectamente. Es grande; de cuero, cosido por pedazos. Está inflada, y da bote".

c) Un caballo blanco.—A los 4 segundos: "Es blanco, brioso, gordo. Está en pelo". (Otra vez). A los 9 segundos: "Está sin montura, y relincha".

d) Esas flores.—Después de un segundo: "Son flores blancas, frescas, de pétalos grandes. Son rosas".

e) Un hombre sube a un tranvía y se cae.—A los 14 segundos: "Un señor bien vestido va a tomar el eléctrico. y entonces sufre un golpe y se viene abajo".

Prueba 28.—7.I.39. Después del décimo sexto ataque.

a) Una manzana.—A los 5 segundos: "Es una manzana de color verde. También la puedo ver de color rojo".—¿Al mismo tiempo?—"No, una después de otra".

b) El rostro de su padre.—A los 7 segundos: "Tal como es, una cara algo roja. Nada más". Esta representación ha durado 25 segundos.

c) Dos hombres pelean.—A los 12 segundos: "Sí, están peleando, pero luego amistan y se dan la mano. Todo pasa muy rápido".

Por esta fecha, el enfermo presenta delusiones. Cree que los otros lo llaman "maricón", y dice que es padre de varios hijos, que también están en el mismo hospital.

Prueba 29.— 18.I.39. Después del décimo noveno ataque.

a) Una manzana.—A los 3 segundos: "La veo roja; es grande". (Otra vez). Después de 6 segundos: "Ahora es verde, y la he visto sólo un momento".

b) Ese ramo de flores.—A los 10 segundos: "Lo veo natural: varias rosas, muchas hojas".

c) A su padre.—A los 5 segundos: "Tal como es, gordo, riéndose".

Respecto a sus últimas ideas, dice: "Yo no me acuerdo. Afirman que he dicho que tenía tres hijos, y que mi papá estaba aquí. Sobre esto se ha hecho algo enorme. Si algo he dicho, será cuestión de mi enfermedad, pues mis padres están en Chincha".

Prueba 30.—1º. II.39. Después del vigésimo tercero ataque.

a) Una manzana.—A los 5 segundos: "Es natural. Con su cáscara y su ramita". No dice más.

b) Este lapicero.—A los 4 segundos: "Sí lo veo; es plomo, jaspeado, con incrustaciones de oro".

c) Un hombre encuentra a su novia.—A los 15 segundos: "Un señor encuentra a una joven, que es su novia. La saluda, después se van juntos". Ha hablado vacilando, y parece cansado.

Interrogado respecto a su estado, afirma que ha podido vencer las ideas y que nada lo fastidia. Estuvo en un partido de foot-ball, portándose correctamente.

Prueba 31.—14.II.39. Después del vigésimo sétimo ataque.

a) Un triángulo.—A los 2 segundos: "Lo veo nítido, sobre un papel blanco. Todos los lados son iguales".

b) Un caballo blanco.—A los 3 segundos: "Es un caballo blanco, brioso, que está galopando".

c) Un partido de foot-ball.— A los 11 segundos: "Un delantero shotea, y la pelota la atrapa el goal-keeper, quien la manda al centro del campo".

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

El enfermo declara no sentirse bien de salud. Tiene el brazo adolorido, y desea que terminen las inyecciones pues dice que ya está sano.

Prueba 32.—1°. III.39. Después del vigésimo octavo ataque.

a) Una manzana.—A los 4 segundos: "La veo roja, pero no está muy madura. Es grande"

b) Una escobilla.—A los 5 segundos: "Sí, la veo bien. Es de color negro; está limpia. Parece poco usada".

c) Un hombre se encuentra con su novia.—A los 15 segundos: "Ya, hay una persona que se encuentra con su novia".—¿Qué hacen ellos?—"No me lo imagino".

El estado mental del paciente es satisfactorio. No oye voces, ni tiene ideas que lo molesten. Es correcto, se expresa lentamente, y continúa en su natural apatía. Se le nota triste, y al ser interrogado confiesa haber tenido náuseas, mareos; luego añade que todavía no se siente bien de salud. Se le aplicaron dos inyecciones más, completándose treinta ataques por el Cardiazol. Se obtiene, como resultado, una remisión completa.

CASO VI.—A. H. C., de 42 años, pícnico. Los abuelos fueron normales. Padre irritable; y madre impresionable, que tuvo un aborto. El paciente, violento e impulsivo, ha sido retraído y mujeriego. Tiene cinco hijos, que son sanos. A los 6 años, tuvo una caída desde considerable altura. En VII.32 presentó trastornos mentales, mostrándose irascible con su esposa y acusándola de infidelidad. Se obtiene mejoría, pero tres años después volvió a afectarse su estado mental. Se irrita con frecuencia, llegando a cometer agresiones de hecho. Vuelve a culpar injustamente a su esposa. Por esta razón ingresó al hospital "Víctor Larco Herrera" el 4.I.36. Experimenta mejoría en sus pseudopercepciones y delusiones, por lo cual salió del hospital el 29.VIII.36. Sin embargo, en los años siguientes continuó irritable, y con gran desconfianza en su esposa, a la cual acusaba de infiel. Por segunda vez ingresa al hospital el 25.XII.38, con alucinaciones cenestésicas y auditivas, delusiones de tipo persecutorio y de grandeza, pensamiento impuesto, sustracción del pensamiento. Sometido al tratamiento por Cardiazol, experimenta mejoría desde el tercer ataque, pero conserva sus ideas sobre la infidelidad de su esposa y otras delusiones. "Yo, doctor, pertenezco al cuarto grado de la logia Enrique Meiggs. Mi padre fué el general de los masones, y por herencia yo también lo soy. Estoy muy agradecido al doctor Delgado, que me puso en la espalda las marcas".

Prueba 33.—8.VI.39. Después del décimo sétimo ataque.

a) Una manzana.—A los 4 segundos: "Ya". Vacila, y después de 11 segundos dice: "La veo regularmente, roja alternada con verde; dos zonas. Tengo que hacer exceso de imaginación, para seguir viéndola".

b) A su señora.—A los 3 segundos: "Gorda, regularmente alta, buena cara, buena mujer".—¿Qué está haciendo?—"Ella está en el norte, no puedo saber lo que hace".

c) Una escobilla.—A los 4 segundos: "Una escobilla de paja, compuesta por una tabla con agujeros y mediante una pita se sujetan los filamentos de paja".

d) Una muchacha se encuentra con su novio.—A los 15 segundos: "Una muchacha alta, gorda y de luto, está paseando y pasa por la botica de aquí". "No

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

llego a imaginar que se encuentra con alquien".—¿Conoce Ud. a alguna persona como la que se ha imaginado? —"Sí, acabo de ver una y traté de imaginármela".

Prueba 34.—10.VI.39. Después del décimo octavo ataque.

a) Una manzana.— A los 6 segundos: "Sí me la puedo imginar. Está sobre esta mesa, con vetas rojas y verdes en su periferia. Tiene un cáliz que corresponde al receptáculo de la flor".—¿Sólo representa una manzana, u otro objeto también? "¿Cómo me voy a imaginar otro objeto, si usted no me lo pide?"

b) A su señora.—A los 2 segundos: "Es gorda, alta, de cara redonda. Esto es fácil de imaginar". "No puedo saber lo que está haciendo, porque ella está en el norte".

c) Una escobilla.—A los 5 segundos: "Un tablero de madera, con agujeros donde se fijan las cerdas. Sirve para escobillar la ropa". ¿Se la ha imaginado usted, efectivamente? "No podría describirla, si no me la imaginase".

d) Una muchacha se encuentra con su novio.—A los 20 segundos: "No puedo imaginármelo".

e) Dos hombres pelean, y luego amistan.—A los 15 segundos: "Están boxeando y se dan la mano".

Continúan las delusiones del paciente sobre la masonería: "A través de las paredes, oigo las órdenes de la logia. Todos los días estoy en contacto con ellos". ¿Con qué le pusieron las marcas en la espalda? "El doctor me las puso con cera".

CASO VII.—E. R., de 30 años, pícnico. Entre los abuelos, uno fué alcohólico y otro murió de hemorragia cerebral. El enfermo tiene cinco hermanos, de los cuales cuatro son sanos y uno padeció enfermedad mental. El paciente nació a término, en parto normal. A temprana edad fué al colegio, siendo muy aplicado; luego se torna flojo y olvidadizo. Educado a la antigua, no salió solo a la calle sino después de haber cumplido 20 años. Atolondrado y voluble, es inconstante para el trabajo, del que se aburre pronto. De carácter violento, gusta de bailes y diversiones. Hace seis años, tuvo trastornos mentales que empezaron bruscamente. Tenía alucinaciones visuales y pensamiento delusional a contenido de daño. Negativismo. Ingresó al hospital "Víctor Larco Herrera" el 17.IX.33, saliendo notablemente mejorado cerca de un año después. En los años siguientes, observa una conducta irregular, se torna irritable, y se dedica al alcohol. Vuelve a ingresar al hospital el 2.I.39. Presenta catatonía, hipobulia, desorientación en el tiempo y en el espacio, negativismo. Permanece completamente ajeno al mundo exterior. En estas condiciones se inicia el tratamiento por Cardiazol, consiguiéndose una remisión completa después de ocho ataques. El enfermo se torna sociable, toca piano, lee periódico, trata de vestir correctamente, come con apetito y pide que le den trabajo. Después de suspender el tratamiento durante 41 días, se nota un retroceso en su estado: hay algunos síntomas de catatonía, pues queda mirando fijamente un solo objeto durante largo tiempo.

Prueba 35.—8.VI.39. Después del décimo sétimo ataque.

a) Una manzana.— A los 20 segundos, se ríe y dice: "¿Cómo será una manzana?"

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

b) Un caballo blanco.—Después de 22 segundos, dice que sí se lo ha imaginado, pero no da detalles.

c) Un tranvía.—Después de 30 segundos: "Nada".

Prueba 36.—11.VI.39. Después del décimo octavo ataque.

a) La letra r.—A los 15 segundos: "Es una letra r".

b) Una naranja.—A los 17 segundos: "Una cosa redonda".

c) Un caballo blanco.—A los 20 segundos: "No puedo".

RESUMEN

Caso I.—Con la prueba 1, se nota incapacidad para representar la imagen sugerida; no aparece nada, o solo una mancha borrosa (**a** y **b**). Si aparece la imagen (**c**), ésta es cambiada por otra que tiene alguna relación con ella; así, en vez de representarse un reloj, aparece un escudo. Posteriormente, el sujeto refiere que siempre, al sugerirle la representación del reloj, aparecía un escudo por haber una relación de contigüidad. En cuanto a la imaginación de escenas (**e**), vemos que el paciente es incapaz de representarlas, o bien, las relaciona con su propio yo. Se puede incluir a este enfermo entre los del grupo segundo de ZUCKER y HUBERT. En la prueba 2, se nota alguna mejoría. El paciente ya puede representar la tarea impuesta, después de una tardanza de unos 8 segundos, y más si se trata de escenas (**a, c** y **e**). En la prueba del reloj (**b**), puede representarse éste, pero luego la imagen es cambiada por el escudo, y ya el enfermo se da cuenta y da razón de la causa de este cambio. Se nota, en la representación de escenas (**e**), cómo el paciente las relaciona con su propio yo, o con personas con quienes las escenas guardan estrecha relación. En la prueba 3, se nota que las imágenes tardan menos en ser representadas. Estas representaciones las relaciona el paciente con objetos similares, que ha visto un poco antes. En la prueba 4 no hay nada de particular que señalar. En **c**, el objeto representado está presente, por lo cual el enfermo se lo imagina con mayor rapidez y más detalles. A través de estas cuatro pruebas, aplicadas en diferentes días durante el tratamiento con Cardiazol, se puede ir viendo la mejoría que experimenta el enfermo, mejoría que está de acuerdo con la que se observa clínicamente. En este caso podemos decir que, mediante las pruebas, se puede discriminar el estado mental del paciente.

Caso II.— En la prueba 5, se nota la llegada retardada de la imagen, que dura muy poco; por eso, los detalles son escasos (**a** y

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

b). En **b**, solo al segundo intento se presenta la imagen. En **c**, observamos incapacidad para la representación de escenas. En la prueba 6, la imagen siempre llega retardada y es muy fugaz, al extremo que el enfermo no se da cuenta de ella, y es incapaz de describirla (**a**). Esta dificultad en la consecución de imágenes se cumple aún con objetos presentes (**c**). La representación de escenas se hace con gran retardo (**e**). Hay mayor facilidad en la representación de personas familiares (**d**). En general, se nota una buena facultad de autoobservación, dándose cuenta el paciente de las dificultades que experimenta y del momento en que desaparecen las imágenes que se representa. En la prueba 7, el enfermo nota la dificultad con que obtiene las imágenes, que llegan con un retardo mayor de 12 segundos, tanto en la representación de objetos sencillos como de escenas. En **c**, el paciente nota la diferencia entre sus alucinaciones y la representación de éstas. En la prueba 8, las imágenes tardan menos en ser representadas (**a**), pero hay incapacidad para representarlas por segunda vez. Si el objeto está presente, la representación llega con mayor rapidez (**b**), pero hay una desviación de la tarea impuesta, aunque se puede apreciar la relación. En **c**, aparece una imagen distinta de la que se ha sugerido; hay, pues, otra desviación. En la prueba 9, la imagen que se representa en **a** tiene mayores detalles, seguramente por tener alguna relación con el oficio del paciente. En **b**, se observa que la imagen tarda menos en llegar, pero hay una desviación de la tarea solicitada. En **e**, la imagen se presenta rápidamente, quizá por guardar una relación familiar. En **d**, continúa la dificultad para la representación de escenas y encontramos un cambio de la imagen solicitada. En la prueba 10, la representación de un objeto sencillo tarda 15 segundos (**a**). La imagen llega con menor tardanza en **b**, probablemente por tratarse de algo familiar; y en **c** tarda menos, por estar el objeto presente, pero aquí hay una desviación de la tarea impuesta. En **d** hay considerable tardanza para la representación de escenas. Esta fué la última prueba que se le puso al paciente, cuando estaba por completar el tratamiento por Cardiazol. Puede verse que esta prueba es más o menos semejante a las anteriores; por consiguiente, a través de dichas pruebas se puede decir que el paciente no ha mejorado, lo cual está de acuerdo con lo que se observó clínicamente. Se puede clasificar a este paciente en el grupo segundo de ZUCKER y HUBERT. Hay alguna facilidad para representar los objetos que están presentes o son familiares, pero hay des-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

viaciones de la tarea impuesta, así como retardo y dificultad en la representación de escenas. Ciertas imágenes que surgen, guardan estrecha relación con su propio yo. El enfermo tiene buena facultad de autoobservación.

Caso III.—Antes del tratamiento no se le pudo someter a ninguna prueba, por estar el enfermo en fase catatónica. En la prueba 11, hay incapacidad absoluta para la representación de imágenes. Después de largo esfuerzo, el paciente se representaba algo muy borroso, o como si fuera una mancha. En la prueba 12, continúa esta incapacidad. En la prueba 13, se llega a representar una imagen después de 40 segundos y sólo durante un momento (**a**). En **c**, se nota que la incapacidad llega hasta la imposibilidad de representarse el rostro de su padre. Vanos son los esfuerzos hechos para obtener la representación de escenas (**d**). En la prueba 14, el enfermo puede representarse unas rosas que estaban presentes en la habitación, al segundo intento, después de una tardanza de 60 segundos, tiempo que empleó en el primer esfuerzo. En **d**, se representa a su padre después de gran demora. En la prueba 15, que es la última que se le aplica, el enfermo manifiesta la misma incapacidad. Creemos que este paciente tiene una dificultad innata para experimentar la representación de objetos o escenas vívidas. Esto estaría en relación con la obstrucción del pensamiento que él presentaba, pues una bradifrenia es propia de este enfermo. Después de haber experimentado una remisión completa, en la última prueba es semejante a la primera que se le aplicó.

Caso IV.—Este paciente describe la tarea impuesta con una gran cantidad de pormenores. Las imágenes tardan de 5 a 6 segundos en ser representadas. En la prueba 16, hay incapacidad para obtener la representación de escenas (**c**). En la prueba 17, la escena que no se pudo obtener en la prueba anterior, se llega a representar con una tardanza de 25 segundos (**c**). En **a**, se representa un triángulo y hay una desviación, pues habla de un teorema sobre el triángulo. En la prueba 19, (**c**), hay otra desviación de la imagen, cambiando sombrero por judío, pero es explicable la relación, pues días antes tuvo un altercado con un enfermo judío. En la prueba 20, las imágenes se presentan con mayor tardanza que en las pruebas anteriores. El enfermo tiene buen poder de autoobservación, y se da cuenta del momento en que se desvía de la tarea impuesta (**c**). En la prueba 21, la representación de una naranja

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

tarda 5 segundos, mientras que un ramo de flores, que estaba presente, tardó solamente 2 segundos. En la prueba 22, la representación de un reloj tarda 10 segundos y hay una desviación de la tarea impuesta (**a**). A través de estas pruebas se ve que el estado del paciente es casi el mismo. La última prueba ofrece una desviación de la imagen solicitada. Clínicamente, se notó cierto negativismo en el enfermo, después de completar las treinta aplicaciones de Cardiazol; por esta razón, se provocaron seis ataques más. Se puede incluir a este enfermo en el grupo primero de la clasificación de ZUCKER y HUBERT.

Caso V.—En la prueba 23, el objeto propuesto se desvanece, y aparece en su lugar otro, que tiene una relación de color. (**a** y **b**). En **c**, la imagen es muy fugaz. Al intentar la representación de la tarea por segunda vez, la imagen que se obtiene ya no es igual a la primera, y el enfermo se da cuenta de esto. En la representación de escenas (**e**), hay mayor tardanza y el paciente se cansa visiblemente. La prueba 24 presenta, en **a**, un cambio de la imagen solicitada, pero es fácil seguir la relación y el mismo enfermo se la explica. En **b**, también hay un cambio de la imagen, lo mismo que en **d**. Hay gran dificultad en la representación de escenas. En la prueba 25, se aprecia mejoría. Las imágenes sugeridas son fugaces, pero ya no se cambian por otras. En **d**, la imagen aparece y desaparece. En **e**, las escenas se representan con menos tardanza. En la prueba 26, se observa mayor rapidez en la representación de un objeto que está presente (**c**). También se observa poca demora en la obtención de la imagen de su padre. En la prueba 28, hay mayor tardanza para obtener esta misma imagen, y la representación de una escena (**c**) se desvanece rápidamente. Se notará que esta prueba no es tan buena como las dos anteriores; quizá esto tenga relación con algún retroceso en el estado mental del paciente, que se observó por esa fecha. No hay nada de particular que anotar en las pruebas posteriores. De un modo general, el enfermo tiene poca imaginación creadora; no da grandes detalles sobre las imágenes que se representa. El enfermo habla y discurre lentamente. Tiene gran poder de autoobservación y podemos incluirlo en el grupo primero de la clasificación de ZUCKER y HUBERT. A través de las pruebas se puede observar la mejoría experimentada por el paciente; y si hubo alguna prueba poco satisfactoria, estuvo de acuerdo con el retroceso que clínicamente se observó.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Caso VI.—En la prueba 33, la imagen se presenta con una demora de 3 ó 4 segundos. No hay ninguna particularidad que anotar, aparte de la representación incompleta de una escena (**d**). En la prueba 34, la imagen demora hasta 6 segundos y menos cuando se trata de alguien que le sea familiar al enfermo. Hay dificultad en la representación de escenas (**d** y **e**). A través de estos dos tests, muy semejantes, se notará que el estado mental del paciente es el mismo, como clínicamente lo comprobamos. Este enfermo tiene gran poder de autoobservación, y se le puede incluir en el primer grupo de la clasificación de ZUCKER y HUBERT.

Caso VII.—En las pruebas 35 y 36, se observa la absoluta incapacidad del paciente para la representación de objetos sencillos. Después de una remisión completa, se reanudó el tratamiento con Cardiazol, porque clínicamente se observó algún síntoma de catatonía. Sin embargo, el estado del paciente no está en relación con el resultado obtenido en las pruebas. Habría que admitir una incapacidad innata para la representación de objetos o escenas. Se puede incluir al enfermo en el primer grupo de la clasificación de ZUCKER y HUBERT.

CONCLUSIONES

1° Las pruebas de ZUCKER y HUBERT constituyen el único método que permite explorar ciertos aspectos esenciales del pensamiento y la imaginación de los esquizofrénicos.

2° Estas pruebas, según nuestra limitada experiencia, son de orden subjetivo. El experimentador hasta cierto punto está a merced de la buena fe del paciente. Hay enfermos que estando capacitados para poder efectuar representaciones, responden de cualquier modo y no tratan de obtener las imágenes que se les pide, bien porque no toman interés en el asunto, bien por temor, pues no saben el objeto que se persigue con la aplicación de dichas pruebas. Queda al criterio del experimentador el dilucidar estos casos.

3° Las pruebas de ZUCKER y HUBERT no ofrecen al novicio un apoyo suficiente para hacer una descripción fenomenológica intachable. Queda al arte del experimentador la interpretación de las desviaciones, a veces no muy claras, que presentan los enfermos.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

4° Las pruebas sólo son aplicables en sujetos de cierta cultura y con disposición adecuada. No pueden ser explorados los enfermos que carezcan de esta disposición, ni aquellos que sean incapaces de experimentar escenas vívidas. Son también inexplorables los pacientes que se encuentren en plena fase de disgregación o de negativismo.

5° En los sujetos de cierta cultura, las representaciones se efectúan con más facilidad y con mayores detalles.

6° Se recomienda un examen preliminar para dilucidar si los pacientes son capaces de experimentar escenas vívidas y para darse cuenta de la cultura que ellos tengan.

7° En la mayoría de los casos, se observa que la representación de un objeto que está presente en el lugar donde se verifica la prueba, se realiza con menos tardanza y la imagen aparece con mayores detalles. Si el objeto está ausente, la demora será mayor y la imagen no se presentará con tantos pormenores.

8° La duración con que las imágenes aparecen, no se limita hasta doce segundos, como establecen ZUCKER y HUBERT. Este retardo puede ser mayor, llegando a 20 ó 30 segundos, y más si se trata de representación de escenas.

9° Son más fáciles y tardan menos en aparecer las imágenes que tienen relación de orden familiar, profesional, etc.

10° Es más difícil la representación de un objeto por segunda vez. Se consigue siempre con mayor retardo que la primera vez, y con menos detalles.

11° Las alucinaciones son diferentes de las imágenes que se representan voluntariamente los enfermos. Ellos notan siempre la diferencia.

12° Es muy artificial la clasificación en cinco grupos, que hacen ZUCKER y HUBERT. Los enfermos presentan caracteres de diferentes grupos.

13° Contando con la buena fe del paciente y haciendo una cuidadosa selección de casos, mediante estas investigaciones se puede advertir si el enfermo mejora o no en el curso del tratamiento con Cardiazol. Las imágenes serán fugaces, llegarán con gran demora

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

y se desviarán de la tarea impuesta, cambiándose por otras imágenes que guarden estrecha relación con la imagen solicitada. A medida que el enfermo vaya mejorando, las imágenes llegarán con menos tardanza, se hará más fácil la representación de escenas y no habrá desviaciones ni cambios de unas imágenes por otras.

BIBLIOGRAFIA

KONRAD ZUCKER y W. H. de B. HUBERT : "A study of the changes in function found in schizophrenic thoguht disorder", **Journal of Mental Science,** 1935, N° 332. — LOUIS H. COHEN : "Imagery and its relations to schizophrenic symptoms",**Journal of Mental Science,** 1938, N° 349.—HONORIO DELGADO: "Psicopatología y delimitación clínica de la esquizofrenia", **Anales de la Facultad de Ciencias Médicas,** 1937, N° 1.— HONORIO DELGADO : "Psicología general y psicopatología del pensamiento y la imaginación", **Actualidad Médica Peruana,** 1936, N° 1.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

EL PENSAMIENTO MAGICO EN LAS PINTURAS DEL ANTIGUO PERU *

Por **CARLOS GUTIERREZ-NORIEGA**

"Pero hubo un tiempo, en la antigüedad, en que la fantasía era una institución públicamente reconocida"

C. G. JUNG.

La vida espiritual del hombre arcaico, mientras es fiel a sus auténticas inspiraciones, se desenvuelve en la sensibilidad y en los símbolos, más que en las doctrinas y conceptos. Ella era, dice BERNOUILLI en su bellísima apología de Bachofen, una iconolatría, una ciencia de imágenes, porque estaba, en lo genuino y más propio de sí, penetrada de una concepción simbólica y présaga del cosmos.

En la mentalidad de entonces formaban todos los elementos del espíritu una perfecta unidad. Entendimiento, emoción y voluntad eran un sólo complejo congruente; y esto es, casualmente, lo más característico y esencial de la magia, donde el conocimiento es, a la vez, acto volicional y afectivo, y el afecto impulso intencional e intuición. En cada vivencia está, íntegramente, en acción todo el psiquismo, siendo inverificable la actividad de partes separadas.

De este punto de partida pasamos a examinar los símbolos del primitivo arte peruano, último rezago de un mundo desaparecido. Hace años estudiábamos este problema, bellísimo por su profundidad psicológica, por la complejidad de sus relaciones, y por la finura y significación de sus detalles. Lo que al principio parecía simple tema de antropología, fué revelando, a medida que la observación fué

* En éste trabajo consideramos el simbolismo de las pinturas del Antiguo Perú sólo en sus relaciones con la magia, sin aludir a otros aspectos del pensamiento primitivo.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

adelante, la experiencia vivida del alma arcaica en sus complicaciones infinitas. En los símbolos de la cerámica funeraria y en los dibujos de las telas resurgen, en efecto, fieles y expresivas formas del alma de la cultura fenecida.

Hasta qué extremo puede afirmarse esta interpretación, y hasta donde puede explicar la actual psicología genética uno de los grandes enigmas de nuestra prehistoria, es cuestión que permanecerá supeditada a un estudio futuro más ámplio.

EL PROBLEMA Y SUS HIPOTESIS

Las pinturas simbólicas aquí consideradas encuéntranse en la cerámica y en los tejidos de origen costeño, especialmente en las telas de Parakas y en los vasos de Nazca. Sin embargo, no todos los dibujos tienen el mismo valor. Algunos presentan realistas formas humanas, animales o vegetales, y ofrecen muy escaso interés psicogenético; otros, al contrario, son símbolos muy estilizados y es difícil determinar su oculto sentido. De ellos las figuras llamadas "deidad nazquense", ofrecen la complicación máxima. Han sido tema de muchas conjeturas y de grandes hipótesis disímiles, por los arqueólogos que estudiaron el arte de Nazca.

Es raro hallar en dos o más ceramios la misma figura; cada ejemplar ofrece detalles típicos, pero es evidente la unidad del estilo y la presencia de ciertos elementos comunes. Se puede comparar el conjunto de éstas imágenes a un tema musical con variaciones.

Era característica en los dioses antiguos variar de imagen según sus atributos o circunstancias místicas, porque la vida espiritual y las concepciones cósmicas de entonces estaban penetradas de tales creencias intuitivas. Resulta de aquí la diversidad de los dibujos. El doctor MAX UHLE que descubrió, siguiendo las sugerencias de BASTIAN, las tumbas de los nazcas, vió en el monstruo mítico combinaciones de escolopendro o mil pies; THOMAS JOYCE interpretaba la prolongación dentada como un verme totémico; para EDUARD SELER era una serpiente dentellada, que BASTIAN mismo comparaba a la serpiente maya; PHILIP MEANS creía, como UHLE, en un ciento-pies (c e n t i p e d e g o d) WALTER LEHMANN, con SELER, aceptaba la hipótesis del felino o jaguar; GAYTON y KROEBER, veían en el monstruo un centípedo (C e n t i p e d e M o n s t e r); y VALCARCEL, recientemente.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

una nutria o mayapuma. En síntesis, la figura principal es considerada, según los autores, miriápodo, anélido, ofidio o felino. A ésta discordia de criterios agregó YACOVLEFF, su hipótesis del boto u o r c a g l a d i a t o r.

Propias observaciones nos hacen concebir los hechos en otra forma. La confusión de hipótesis, depende, en parte, de que cada una objetiva sólo un detalle, pero indica también el olvido de algo esencial, porque el simbolismo de los nazcas debe estudiarse con criterio psicogenético.

Para comprensión más exacta de nuestra tesis, es útil recordar lo que afirma CUSHING del significado de algunos objetos fabricados, por ejemplo vasijas de arcilla, en la mentalidad del hombre primitivo. Tienen, casi, el mismo valor que seres vivientes, "como plantas o animales invernantes u hombres dormidos". También HEINZ WERNER, señala a los dibujos primitivos como "partes integrantes de la vida concreta" y ERNEST CASIRER, en su filosofía de las formas simbólicas, vá más lejos, considerando que cada esencia no es concebida en su inmediatez, sino a través de una representación concreta. Las formas en sí son fuerzas místicas.

Estas concepciones, que conducen a un hilopsiquismo general, serían de valor singular al estudio de la abundante alfarería funeraria del Antiguo Perú. El aspecto simplemente artístico u ornamental es lo menos importante, pues cada detalle de forma o estilo oculta algún sentido, que se relaciona a los hombres, a la vida íntima y sencilla, a las creencias, a las costumbres, e incluso a lo social. Cabe sospechar, en nuestro arcaico arte alfarero, la existencia de un secreto archivo de la vida espiritual de aquel tiempo.

En ciertos iconogramas la complicación llega a lo increíble, siendo frecuente combinaciones caprichosas de muchas especies, resultando híbridos polimorfos. Ejemplo, una cariátide de felino se reune a un apéndice ofídico o vermicular. El monstruo equivale a las quimeras mitológicas.

En la cerámica mochika también hallamos, pero con más rareza, amalgamas de verme y jaguar, pero nunca se llega a la complejidad de la iconografía de Nazca. En ésta, la representación que los arqueólogos han considerado como "deidad primitiva", es la mezcla de diversos animales y vegetales, algunos aparentemente a guisa de ornamento. Por lo común hay tres partes: una cara de felino, un apéndice dentellado o vermiforme y un cuerpo humano sub-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

yacente; además, frutos diversos, peces, vencejos, ranas, serpientes y anélidos. Tales mezclas de formas caracterizan al pensamiento primitivo y al onírico. La fantasía de combinar las imágenes no encuentra límite. A continuación referimos las más frecuentes.

Hay series de amalgamas de verme y felino, con todas las transiciones imaginables entre el verdadero felino y el verme, hasta las imágenes de las mismas especies aisladas. O bien la fusión se hace entre el verme y el hombre, o entre el felino y las aves. Hay, también, figuras de ave unida a otras formas secundarias. Especial significación tienen, por su frecuencia, las participaciones del camarón de los ríos, o a s t a c u s f l u v i a t i l i s. que en veces se fusiona con el felino y otras con el hombre. Tiene interés, por una hipótesis que formularemos luego sobre este crustáceo, la comunidad de los colores del camarón y del felino, aún en los casos en que sus imágenes están separadas; tales son el rojo, el verde azulado, colores del camarón, y además el blanco y el negro. En otros casos, muy numerosos en verdad, es imposible decir si la figura principal es un camarón o un felino. En una interesante serie de estilizaciones hallamos hombres en decúbito, con un capacete de camarón a manera de manto, y dentro de la cual figuran peces, cadenas en rosario y otras figuras zoomorfas y simbólicas. Las imágenes de camarones no estilizados son muy frecuentes; algunas tienen rasgos antropomorfos, y es característica la división de sus cuerpos por una banda clara y otra obscura.

En las telas de Parakas predominan las figuras humanas. En efecto, la cara de éstas últimas se cubre, a menudo, por una careta de felino. En un cerámio de la colección del Museo Nacional se encuentra la deidad zoomorfa ataviada con la piel del zorro. En las esculturas de arcilla se puede ver, además, el mago-sacerdote con una mascarilla de felino, color de oro. Interesa observar que en algunos casos es imposible precisar si la imagen compleja es monstruo o disfraz; todas las transiciones son posibles y a veces, como si esto respondiera a una dubitación de la creencia, el sentido de la representación es impreciso. Las observaciones etnológicas de FROBENIUS sobre las creencias y ritos africanos de la iniciación, nos ofrecen, como veremos después, firme prueba de la presente hipótesis.

No es posible ofrecer un ejemplo de cada una de las combi-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

naciones de imágenes antes nombradas. En las figuras 1 y 2 mostramos dos típicas amalgamas. La primera de ellas, que prestamos a un trabajo de URTEAGA, contiene tres diversas especies: la cara es de felino, el cuerpo superior de pez, el cuerpo inferior y las manos—que sostienen un instrumento de labranza— son humanos. La segunda figura representa dos cariátides de felino fusio-

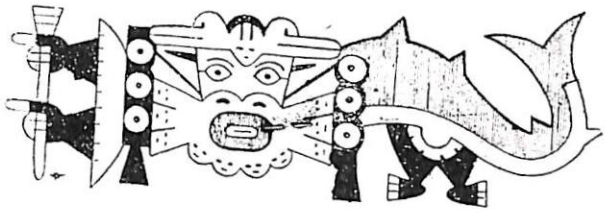


Fig. 1. Aglutinación de imágenes de orígen nazquense. Símbolo de un hombre, cuyas cuatro extremidades están pintadas de negro; lleva una mascarilla de felino con diversos ornamentos, y dorso de animal marino. Esta triple asociación revela la interesante relación de las máscaras o disfraces con la aglutinación catatímica de las imágenes.

Fig. 2. Tigre bicéfalo con cuerpo de verme, cuyo interior está lleno de esquemáticas representaciones de frutos o animales marinos. La presencia de frutos de conocidas plantas alimenticias revela su relación con la magia agrícola.

nadas a un cuerpo vermiforme, en cuyo interior hay representaciones esquemáticas de conchas marinas. En la figura 3, una cariátide que puede ser de hombre o felino, se reune a un cuerpo de pez, o tal vez de orca; los brazos y las manos son, en cambio, típicamente humanos. También en los wakos-retratos de la cultura

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

mochika se encuentran condensaciones de hombre y animal; en la figura 4, por ejemplo, se ve un guerrero con cuerpo de cangrejo de mar.

ANALISIS DEL MATERIAL ICONOGRAFICO

Examinamos cada uno de los elementos que integran el iconograma, para comprender la importancia de las partes como se-

Fig. 3. Pintura de un cerámio de Nazca, posiblemente un símbolo mágico de la pesca; se trata de un pescador con máscara de felino y cuerpo de pez.

res aislados, y la naturaleza de sus relaciones dentro del todo. Este procedimiento aporta gran claridad. En efecto, cada uno de los animales que integran el monstruo tiene importancia directa en la vida económica del clan; su reunión en un complejo tiene entonces el valor de **aglutinación catatímica de imágenes,** pues el pensamiento arcaico sólo elabora estos extraños conglomerados cuando existen entre cada una de las partes afinidades mágicas. En todos los casos se efectúa la unión, no de formas disímiles, sino de las propiedades que simbolizan; tal es la razón profunda de la a-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

glutinación de imágenes. Ejemplo, la reunión de hombre con el felino y con el verme puede en apariencia, parecernos absurda; pero, es natural si recordamos que el segundo simboliza el valor y la fuerza para el logro de la presa, y que el último es el elemento de la pesca. El pescador que por la aglutinación posee cabeza de felino—por medio de una mascarilla—y cuerpo de verme—por la

Fig. 4. Wako-retrato mochika de un cangrejo marino con cabeza humana. Creaciones de este tipo son frecuentes en las culturas más remotas; por ejemplo, el águila leontocéfala del relieve sumerio de cobre de El Obeid, o el Anubis en las pinturas y relieves del antiguo Egipto. Se encuentran también en los dibujos de esquizofrénicos.

bandeleta superior—expresa la fantasía optativa de poseer las esencias de ambos totemes, para el éxito de la expedición pesquera.

En todos los casos la aglutinación expresa un deseo. **En la cerámica de Nazca las combinaciones de imágenes son representaciones gráficas de deseos.** No se crea, sin embargo, que cada fi-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

gura distinta señala un apetito diferente; al contrario, las variantes obedecen a un principio psicológico general, advertido por ABRAHAM, que consiste en expresar por diversas imágenes, o por modificaciones en la combinación de ellas, la realización de un fin idéntico.

Después de éstas consideraciones vamos al estudio particular de cada una de las principales imágenes aglutinadas. Las más importantes son, cómo lo he podido deducir de mis propias observaciones y de las de aquellos que me han precedido en este estudio, el verme, el felino, el sapo, el vencejo y el camarón. Existen muchísimas otras que se reunen a la figura principal como elementos accesorios u ornamentos, cuyo estudio particular no es indispensable, pues basta el de las mencionadas antes para comprender el significado de la aglutinación.

Observaremos que cada uno de dichos animales ofrece algún interés, directo o indirecto, para la pesca o la agricultura y se agrupan, como lo harían los elementos afines en el contenido manifiesto de un sueño, para expresar la verificación de un deseo.

Examinaremos en primer lugar el significado del **verme.** La importancia de este invertebrado en la vida económica de los primitivos clanes de la costa peruana fué inmensa; aún hoy los nativos que conservan la primitiva técnica de pesca, emplean diferentes especies de lombrices de tierra, que se encuentran en abundancia en nuestras playas, ensartándolas en sus anzuelos. Es de suponer que el descubrimiento de la utilidad del verme fué una trascendental adquisición, una de las invenciones más originales y fructuosas de entonces, sin lo cual no es posible la pesca por medio del anzuelo. En la organización social de aquellos tiempos la aplicación del verme o de un pedazo de carne cualquiera en el anzuelo fué, indudablemente, un descubrimiento estupendo.

Entre muchos pueblos pescadores de nuestras costas, el verme es apreciadísimo. Cuando no existen bajo tierra lo sacan de las rocas a golpe de martillo, puesto que hay especies que habitan en sus reductos y tienen el cuerpo rojizo, los bordes dentellados y alcanzan hasta 50 o más centímetros de largo; los pescadores aborígenes los conocen con el nombre de "meñoca" o "carnaza" y los utilizan no solamente en el anzuelo, sino también en la red llamada espinel, por constituir alimento predilecto de los peces. No es necesario recurrir a la hipótesis de la serpiente maya para vislumbrar la significación de banda dentada. El supuesto Dios o verme

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

totémico fué, realmente, elemento de la vida económica de nuestros primitivos pescadores y lo es aún hoy en las caletas indígenas donde se ha conservado la técnica primitiva de pescar. Si en algu-

Fig. 5. Compleja representación de hombre, vermes y peces de una tela de Parakas. En este caso no hay verdadera condensación de imágenes; éstas últimas se superponen, simplemente, en virtud de un principio mágico de contigüidad. La relación de verme y pez, propia de la pesca, es en este ejemplo evidente.

Fig. 6. Iconograma de significado mágico, semejante a la figura 5. En éste caso, como en el ejemplo anterior, la relación del pez y del verme es objetiva. Obsérvese que el mismo vestido tiene la forma de un pez, cuya extremidad cefálica corresponde al gorro y la caudal al apéndice que se extiende sobre la pierna izquierda del pescador o socerdote disfrazado, en una de las escenas del rito de la pesca.

nos casos el cuerpo del verme está unido al pez o éste figura en el interior del cuerpo vermiforme, cómo es frecuente, el sentido mágico de la pintura es evidente.

Pero, lo más interesante desde el punto de vista que en este

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

ensayo sostenemos, fué la formación de una relación causal y genética entre verme y pez; por el verme se atrapa el pez, o se asegura el éxito de una expedición, pero los primitivos no comprenden que si aquél atrapa a éste es por que le sirve de alimento, pues sólo ven la relación asociativa aparente y no la verdadera; o forjan una relación ficticia de **participación.** Si en lo real el verme atrae al pez, pintándolos juntos se obtiene la pesca milagrosa. Pero, el encantador vá más lejos; no basta formar el híbrido verme-pez, que suscita y exalta la capacidad que tiene el anélido de asegurar la buena pesca, sino que forma el híbrido verme-hombre. De esta suerte, el pescador adquiere la virtud del verme, o incluso en las pescas donde no interviene la técnica del anzuelo, ésta aglutinación de imágenes será eficaz porque transmite la cualidad del anélido al pescador. En algunos ejemplares del Museo Arqueológico hay típicas aglutinaciones de hombre y verme; este último con pelos y aspecto anillado; se trata simplemente de los parápodos de un anélido y no de una serpiente emplumada. En todos estos casos el encantamiento de la personalidad real del pescador es posible porque la propiedad está en estas condiciones, al mismo tiempo "en la imagen formada mágicamente y en objeto real".

En la figura 2 obsérvase una confluxión de verme y de felino. Persigue en este caso el hechizo la reunión de los conceptos de fuerza y aptitud para la caza—dadas por el último—y de la materia prima nutricia y carnada de anzuelo, representados por aquél. Además, la presencia de moluscos y de productos agrícolas en la misma amalgama, confieren al conjunto un sentido cabalístico más vasto y optativo.

La figura 5, que prestamos a YACOVLEFF, tiene un sentido mágico incuestionable. Del cuerpo del mago o sacerdote penden grandes vermes unidos o pescados. Hasta aparece el pez mordiendo el verme nutritivo, y luego, el verme transformándose en pez. Gracias al mágico contacto del hombre con el anélido, adquiere aquél el poder de atraer y de capturar los peces. Las figuras 6 y 7 tienen el mismo significado.

En gran número de casos se observa en realidad, una serpiente y no un verme. En la antigua cultura peruana la serpiente no simboliza el falo, sino a la madre totémica, lo cual se demuestra en gran número de mitos y leyendas. En este caso la relación con un poder genérico de fecundación, como otros que examinaremos, es muy probable.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

El felino tiene —ya lo hizo notar TELLO— la significación de un totem. Su valor psicomágico en el iconograma deriva de su fuerza, de su fiereza, y en especial, de su aptitud para la caza. Si el fin de estas pinturas era asegurar la agricultura y la buena pesca por la magia, la imagen del felino hubo de ser talismán muy importante, pues el hombre, disfrazándose de felino, adquiere o substrae la fuerza y la destreza para atrapar las presas de la fiera. Antes referimos que se hallan en las tumbas narigueras o mascarillas doradas simulando la faz del jaguar o puma, y esto de-

Fig. 7. Hombre, lombrices y peces. Del mismo estilo que las figuras precedentes, expresa un hechizo de la pesca. En este ejemplo, también el hombre se identifica con el pez, con una compleja máscara de dicho animal. Lleva en una de sus manos un cuchillo de pesca o anzuelo del cual pende un pez. El significado de la pintura no puede ser más expresivo. Al identificarse con el pez y con los vermes el primitivo pescador, realiza un singular encantamiento para asegurar el éxito de su empresa. Se trata de un rito en el cual no se piensa o desea simplemente en la identificación, pues esta es, como observa Frobenius, realmente vivida y desarrollada como una experiencia de metamorfosis verdadera.

muestra la existencia de ritos o danzas de máscaras, cuya significación mágico-totemista está reconocida. Si estudiamos la mayoría de los iconogramas se ve que la cariátide que ha sido considerada como jaguar, es, simplemente, un rostro humano cubierto en parte por una nariguera de felino, más no una representación directa de éste. Aquí, como en el caso del hombre-verme, se realiza una hibridización del personaje, gracias a la mascarilla, y se descubre el fenómeno de aglutinación. El hombre que se disfraza de felino, que gracias al disfraz es felino, tendrá, según los principios del pensamiento mágico, más éxito en la caza, en la pesca o en la guerra; a esto llamo **magia de la aglutinación de imágenes** cuyo principio general es el siguiente: de dos figuras que se yuxtaponen o amalgaman, una de ellas se beneficia, por una suerte de contagio por contiguidad, de las virtudes de la otra. En otros términos, las propiedades son transmisibles, o aún mejor, según la

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

expresión de WERNER, son **confluxivas,** por lo cual se entiende una suerte de transformación de la esencia misma de los seres que experimentan la nueva propiedad y no una simple impregnación de aquella.

En las figuras 1 y 2 ofrecemos representaciones del felino. Sólo se pinta en ellas la cara, algunas veces también las garras, y casi nunca el cuerpo, pues al encantador sólo interesan las partes del ser totémico dotadas de virtudes apreciables. En la figura 4 se verifica una triple condensación, de felino, pez y hombre; significa un símbolo de la magia de la pesca.

La participación de **el vencejo** es, igualmente, del mayor interés. Estas aves aparecen en bandadas durante el estío, el tiempo

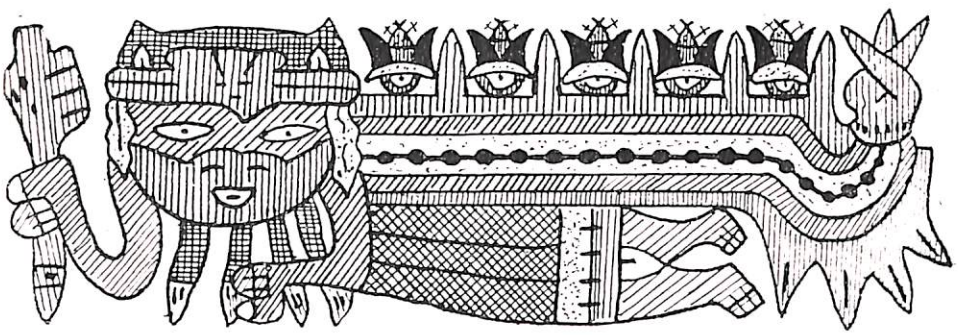


Fig. 8. Compleja aglutinación de hombre, verme, pescado y vencejo de una pintura nazquense. No faltan, además, algunos elementos de la típica máscara de felino. El cuerpo vermiforme está simbolizado en negro en la línea arrosariada interior y el vencejo en las pequeñas figuras, también en negro, que yacen entre las aletas del cuerpo pisciforme. La presencia de productos agrícolas en la parte inferior de la cariátide indican el sentido plurivalente de esta figura, que se relaciona a la vez con la pesca y la agricultura.

de las grandes avenidas, simultáneamente con los renacuajos. Por esto se conforma una mística **participación por contigüidad,** o confluxión de estas aves y la vegetación, y secundariamente con el éxito de las siembras, que depende en nuestra costa de la avenida fluvial de los estíos. Es comprensible, dice YACOVLEFF, que la figura del vencejo, trasladada a las vasijas, se convierta en un símbolo de las empresas agrícolas o en el "pájaro de la buena cosecha". El malogrado arqueólogo, no conociendo las leyes fundamentales del pensamiento mágico de los primitivos, se detuvo aquí, y no hizo extensivo su aserto a la totalidad del monstruo mítico.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Existen innumerables representaciones mágicas del vencejo. En la figura 8, que es una suerte de hechizo de la agricultura, con su representación muy estilizada se encuentra en la parte superior del cuerpo vermiforme. Los productos agrícolas se advierten en la parte inferior de la cariátide humana. Más significativo es aún el ejemplo de la figura 9, cuádruple híbrido de hombre, felino, verme y vencejo, sin contar los elementos agrícolas—pala y especies vegetales comestibles — que porta la mitológica figura en ambas manos.

La rana, que es una de las imágenes decorativas más frecuentes, tiene análogo significado. También es portador de buena cosecha. Anota MIGUEL TRIANA en su "Civilización Chibcha" que "ella (la rana) indicaba con su presencia el comienzo de las lluvias y el momento de las siembras." Pero la rana es, además, símbolo de fuerza generativa par excellans, y es lógico que el peruano la simbolice en sus pinturas mágicas, significándola, incluso, en forma totémica, de igual suerte que el indio mejicano identifica, según LUMHOLZ y PREUSS, el ciervo al peyolt, porque éste cactus es paradigma de potencia vital. Hay ejemplos en la iconografía nazquense en los que, gráficamente, se establece confluxión entre la rana, la lluvia y las empresas agrícolas, asegurándose así el encantamiento de éstas por aquellas. Por ende, si rana y vencejo se representan unidos a la lombriz, al hombre y al felino, es con propósito eminentemente pragmático de asegurar, gracias al poder mágico de la amalgama de imágenes, el éxito de las empresas económicas.

Nos corresponde ahora examinar la significación del cuerpo anillado que se encuentra en gran número de los iconogramas. MAX UHLE y MEANS consideran al dios nazca como un cienpiés, y en efecto, en muchas figuras hay evidencia, no precisamente del escolopendro, sino de un crustáceo, que algunos han confundido con el escorpión porque tiene, además de múltiples patas posteriores, fuertes pinzas delanteras. Estas interpretaciones son inverosímiles. Ni escolopendro ni escorpión tienen valor mágico o nutritivo; en cambio, el **camarón** del río, astacus fluviatilis, común en nuestro litoral y que en forma especial abunda en los ríos que atraviesan la región nazquense, inviste por su morfología e importancia en la vida económica, todas las características de un totem mágico, que tiene, a la vez, pinzas y numerosos miembros posteriores, barbas, como el felino, y cuerpo anillado provisto

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

de cubiertas córneas sucesivas como se puede observar en muchísimas representaciones de la bandeleta considerada como serpiente, verme o escolopendro. En conjunto el monstruo mitológico a

Fig. 9. Aglutinación de imágenes en la magia agrícola. Cuerpo humano, máscara de felino y manto superior de pez y verme, terminando en vencejo. Un ramillete de plantas y frutos en una de las manos. Comparando esta figura con la precedente se aprecia cómo, por transiciones, se pasa de la amalgama de imágenes al simple disfraz.

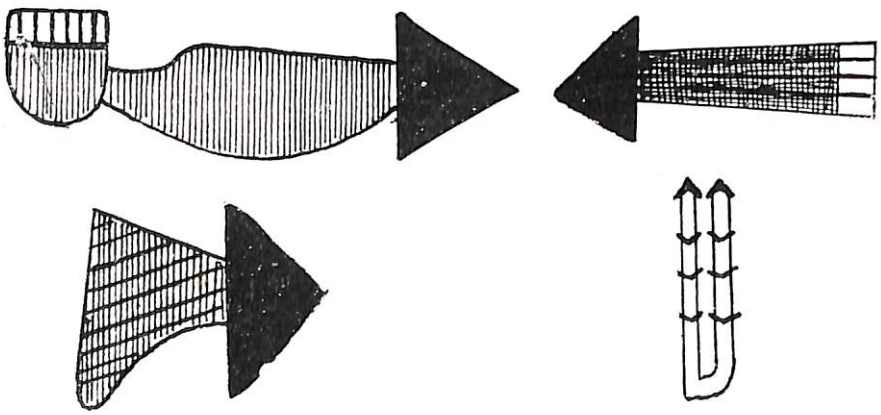


Fig. 10. Diferentes representaciones de un instrumento de caza o de pesca, un cuchillo o lanza primitivos, que participan en gran número de amalgamas de imágenes principalmente en la fig. 11. En los dos ejemplares superiores hay condensación.

ningún animal se parece más que al camarón de los ríos, y algunos ejemplares hay, aunque raros, de aglutinación indiscutible de hombre y camarón. No afirmo que éste fué el totem nazca, pues incurriría en el error de los estudios precedentes. Aquí el crustáceo

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

sólo tiene el mismo valor que las otras imágenes aglutinadas. El camarón es heraldo de las crecientes estivales, a las que acompaña o precede; es el animal más característico del río, y a la vez un alimento de importancia de esos tiempos.

En los ríos de nuestra costa la aparición del camarón mensajero de las aguas, hubo de considerarse un gran misterio, por un principio de participación mágica de continuidad, pues la sucesión cronológica o la simultaneidad de los fenómenos es, como observa LEVY BRUHL, un elemento de ligamen. En consecuencia, la repetida representación de su imagen conjuraba las sequías. Posible es, también, que el verme o el camarón, que directa o indirectamente condicionaban la adquisición del sustento, como portadores del éxito de la pesca y de la agricultura respectivamente, se relacionen a un mito venerable: "Dicen que al principio del mundo, refiere GOMARA, vino por la parte septentrional un hombre que se llamó Con, el cual no tenía huesos". ¿Tendría relación esta divinidad sin esqueleto a los invertebrados de la cerámica? Finalmente, la presencia de numerosos atributos agrícolas y de pesca, hallados entre los utensilios funerarios, reafirman las hipótesis emitidas.

El hacha y el cuchillo de caza, o arpón, son detalles que están, con gran frecuencia, representados en estas figuras cabalísticas. YACOVLEFF nos ofrece un esquema de los mismos que copiamos en nuestra figura 10. En diferentes iconogramas, considerados como el supremo dios o totem del pueblo nazca, se ven peregrinas representaciones de estos instrumentos. Así, en la figura 12, el fantástico monstruo cabalístico, formado por una cariátide de felino y un cuerpo humano humano, está todo ornado de estos instrumentos de pesca o caza. Parece este ejemplo, sin embargo, un hechizo de magia guerrera, porque el cadáver de una víctima humana, yace bajo el grotesco símbolo como un trofeo. En este caso el guerrero, que se identifica con el león y con el arma, se hace por confluxión, tan fuerte y tan temible como ellos; de la misma suerte que en la figura 3, al fusionarse con el potente cangrejo marino—cuyas grandes pinzas se destacan tan claramente en la escultura—persigue el propósito, como en las condensaciones de los sueños de adquirir la fuerza del crustáceo.

Existe, finalmente, un símbolo de enigmática significación, que se encuentra en casi todas las figuras del estilo B de KROEBER, en la cerámica de Nazca, y hasta en los grabados en piedra de la

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

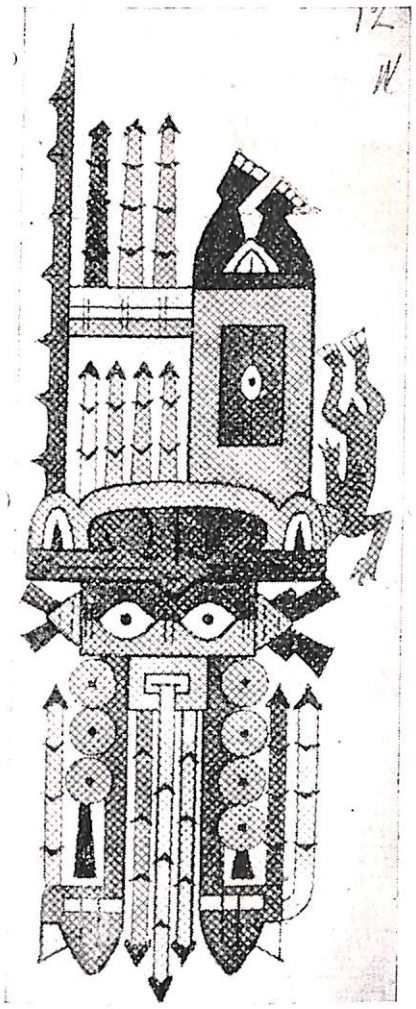


Fig. 11. El cuerpo humano se fusiona con los atributos de la guerra, realizando la identificación mágica con las armas. Este aspecto demoniaco de la cariátide es propio de las máscaras de guerra. El cadáver de una víctima junto al guerrero metamorfoseado en cuchillo de guerra, revela la índole de esta aglutinación.

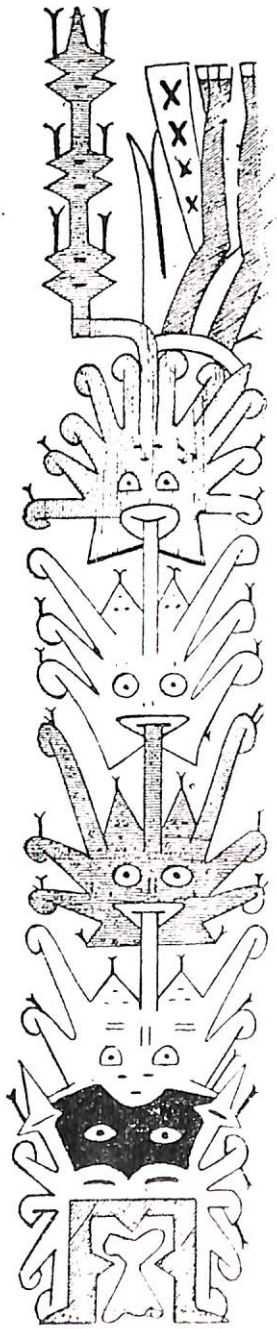


Fig. 12. Imágenes simbólicas del subestilo B de Kroeber en la cerámica de Nazca. Representa, lo mismo que las figuras precedentes, una fusión compleja del hombre con animales marinos. En este caso, las extremidades humanas ostentan atributos de peces (condensación mágica), y junto a las mismas, hay muy estilizado, un curioso símbolo—muy frecuente en todos los iconogramas—que interpretamos cómo una confluxión del verme y del anzuelo; los pequeños apéndices son posiblemente, peces esquemáticos. La multiplicación de las cariátides oculta múltiples y complejos designios mágicos.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

cultura de Chavín. Se trata de prolongaciones o apéndices terminados en gancho. En la figura 11 ofrecemos las estilizaciones más frecuentes. Suponemos que son simples instrumentos de pesca, anzuelos principalmente; y así se explica porqué a estos ganchos, que se desprenden de las cariátides con profusión, se unen pequeñas prolongaciones lineares en forma de aletas, que parecen simbolizar pescados. Es muy probable que estos detalles se relacionen con la magia de la pesca, expresando la relación del pez con el anzuelo.

En todos los pueblos primitivos hay relaciones secretas entre las manifestaciones naturales del ritmo vital de ciertos animales o plantas, y ciertos factores indispensables a la economía; así los Tarahumares perciben en el canto de las aves y de los grillos, y en el ulular de las palomas, y, en general, en todos los sonidos producidos por los seres campestres, llamadas a la divinidad de la lluvia; e incluso creen que los animales practican ceremonias semejantes a las del intichuma. En Australia Central, en la ceremonia del culto de la lluvia, se repite como motivo principal el grito plañidero del ave fría, que en aquella comarca se le oye durante las tormentas, y de aquí se infiere que el grito es la causa y la lluvia el efecto.

Este último ejemplo nos ilustra acerca de las relaciones de órden mágico, y de la errónea deducción causal, entre dos hechos que simultáneamente acontecen. El camarón del río—como el ave fría—es el efecto. En la mentalidad prelógica se invierte la relación genética, p o s t h o c e r g o p r o p t e r h o c.

Existe la creencia, difundida en las más diversas culturas primitivas, de que la imagen encierra poderes misteriosos. Confiere propiedades del ser representado al posesor de la figura.

En la iconografía del Antiguo Perú el arte de combinar imágenes con propósitos mágicos, fué considerable, al extremo de transformarse en una suerte de técnica complicada. Esta es, en última instancia, la razón de ser de las extrañas y complejas figuras que encontramos en el arte funerario. No las consideramos como simples temas decorativos o representaciones de una religión primitiva; cada iconograma es un conjunto funcional realmente dinámico, donde se fusionan elementos sentimentales y volitivos, que no son comparables a las imágenes de nuestra religión, sino a las oraciones u otros ritos, cuyo fin es influír sobre el curso de los acontecimientos por medio de la divinidad. En otros térmi-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

nos, el conjunto de pinturas simbólicas que encontramos en los vasos y telas de Nazca constituyen una suerte de rito destinado a favorecer las empresas económicas. Esta es la explicación más

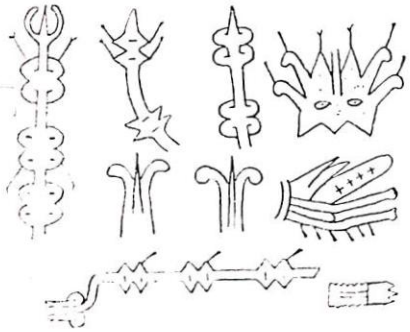


Fig. 13. Dibujos parciales y esquemáticos de los elementos que integran el estilo B de Kroeber. En su totalidad expresan relaciones de vermes, peces e instrumentos de pesca.

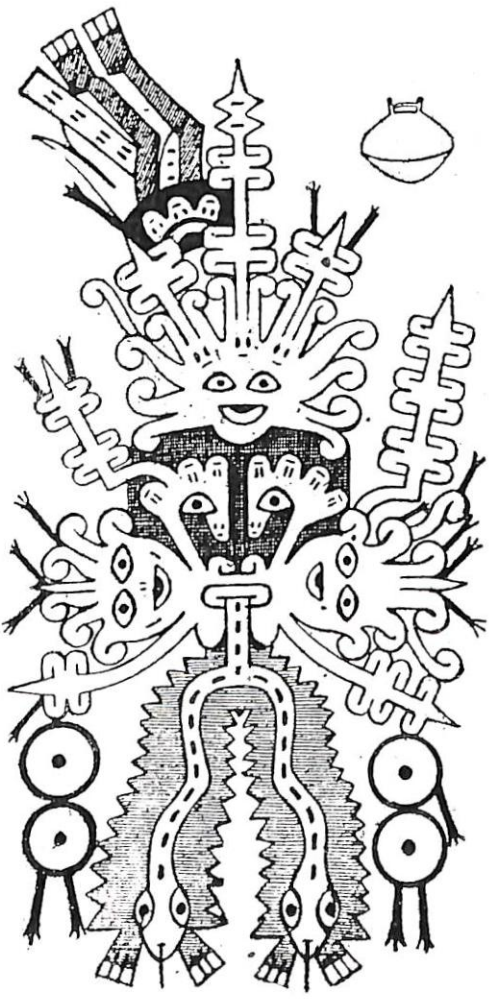


Fig. 14. Multiforme fusión de imágenes en el encantamiento de la pesca. Obsérvese una cara central en torno a la que se agrupan otras tres, constituyendo una compleja máscara. Cada una de ellas está exornada con el símbolo mágico del pez y del anzuelo. Aparecen también, unidos a dichos símbolos, peces estilizados (los apéndices negros que terminan en aletas). Las extremidades humanas, con atributos de pez, aparecen en un extremo de la figura, y en el otro surgiendo de la boca de la gran cariátide, un gran verme bicéfalo con patas de felino. A los costados del mismo penden los adornos circulares (discos de oro) propios de la indumentaria de los sacerdotes y divinidades. La significación de esta figura es complejísima, pero no se aparta de la interpretación general.

correcta, en relación a nuestros actuales conocimientos. sobre la significación de estos dibujos.

A continuación vamos a referir algunos ejemplos cuyo conocimiento ilustra, indirectamente, la hipótesis que acabamos de

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

enunciar. En el estrecho de Torres, según C. H. READ, las sociedades inferiores, que viven de la pesca, proceden exactamente como aquellos que obtienen sus alimentos de la caza; obran mágicamente sobre el pescado por medio de danzas semejantes a las danzas de la caza, emplean máscaras o disfraces de pescado, y en las canoas pintan figuras de significado mágico, especialmente figuras de aves pescadoras; o se dibuja su cabeza en la extremidad de los arpones. "En Colombia Británica, refiere BOAS, casi todas las mazas que he visto representan un león marino, o la ballena tronera, los dos animales marinos a los que persiguen los indios con sus mazas. He aquí una sugerente observación para comprender la significación totémica de la orca, erróneamente considerada como deidad por YACOVLEFF. También HILL TOUT estudió, en las tribus Salish, curiosos ritos relacionados con la magia de la pesca; y entre las tribus amazónicas—según referencia de HADDON—se coloca en los esquifes de las expediciones pesqueras, imágenes simbólicas, que cuando fracasa la empresa se desechan y reemplazan por otras. De G. LANDTMAN tomamos esta preciosa y reveladora referencia: "hay ritos de canoas en la expedición de pesca del dugón; la decoración comprende un ojo pintado a cada lado. Sobre éste objeto pintado se fija un verdadero ojo de halcón de mar, lo cual ayudaría al hallazgo de los dugones y las tortugas".

En muchas figuras nazquenses encontramos que el monstruo vomita peces, ranas u hombres mismos. El hombre primitivo, como el niño, cree que todos los orificios del cuerpo están dotados de un poder mágico extraordinario. El primer estadio de magia está subordinado, observa LAFORGUE siguiendo a PREUSS, por "la creencia de un hechizo que se ejercería con la ayuda de ciertas partes del cuerpo, y de ciertos actos del hombre. En particular, estaría desarrollada la creencia de que ciertos orificios del cuerpo emiten poder mágico, como por ejemplo la nariz, por la respiración, el ano por los excrementos, el pene por la orina". El concepto fundamental de estos hombres, a través de complicadas relaciones mágico-nutricias, que aquí no podemos exponer, debió ser que el animal traga y luego reintegra la materia nutricia. El pez devora al verme y el hombre al pez; pero el hombre, a su vez, es devorado por el felino, y así sucesivamente. También en el mar o en río, antropomorfizados, reintegran, vomitan, los seres devorados. Pero el hombre que, al morir, se trasforma en gusanos, también reinte-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

gra, después de los ciclos consiguientes, al verme totémico, y así se establece una genealogía de esencia nutritiva.

Estudiando el antiguo Egipto, A. MORET y G. DAVY afirman que "el alimento es la vida y es la fuerza; es el maná" y que "la misma alimentación adquiere una especie de valor místico".

En el llamado subestilo B de KROEBER, las cariátides unidas

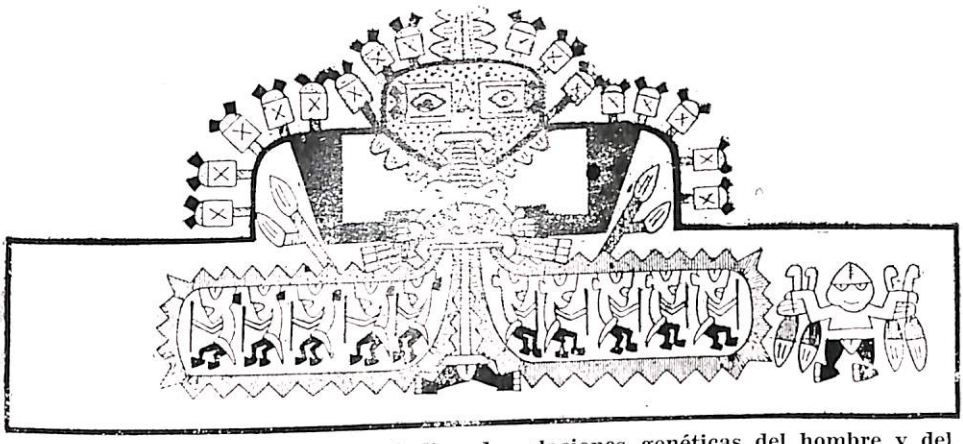


Fig. 15. Gran símbolo agrícola, indicando relaciones genéticas del hombre y del felino (magia de fusión mística con el totem y festín totémico). Esta figura, y otras semejantes, revelan el ritmo de la comunión.

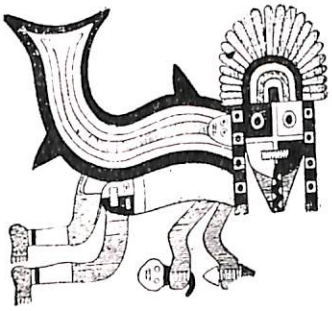


Fig. 16. Complicado disfraz en que el oficiante o sacerdote aparece con una gran máscara y un manto simbolizando el cuerpo de un pez. Ha adoptado la posición de un cuadrúpedo para hacer la identificación más completa. Esta figura, y otras semejantes, nos recuerdan el "Hechicero" disfrazado de ciervo de una pintura rupestre en la Cueva de Trois-Freres (Francia), del tiempo prehistórico.

entre sí por una bandeleta, o verme, que va de una a otra boca, expresan una relación genética, una transformación del verme elemental en hombre (figs. 11 y 14). Entre los primitivos existe la idea de que el hombre fué animal, o el animal hombre. Las cariátides ensartadas en la bandeleta, o verme, simbolizan también el principio generativo, la multiplicación vital. Cuando la pesca ha sido abundante, los pescadores nativos ensartan los peces en un cordel

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

por la boca. El cordel simboliza el anélido que reune a los peces. En el caso de la cariátide, el hombre parece reemplazar, en ciertos casos, al pez apresado, tal vez por designio de magia guerrera. La interpretación más correcta de las cariátides de Nazca debe buscarse, empero, en el principio, de la primitiva mentalidad, de p a r s p r o t o t o. El cráneo representa a todo el organismo y es la parte que, después de la muerte, guarda secretamente las virtudes y fuerzas mágicas del difunto. Esta creencia origina el culto de los cráneos y la cacería de las cabezas, e incluso el hechizo de la re-

Fig. 17. En este ejemplo, la interpretación de esta serie de figuras como máscaras o disfraces de antiguos ritos es mucho más evidente que en la figura precedente, pues el hombre disfrazado de pez (la forma de la cara y las aletas de un lado así lo indican) conserva la posición erecta. Además, en el interior de la figura aparece un pez simbolizado. En este caso, la identificación con un animal marino, obtenida gracias al disfraz, es ostensible.

presentación misma de la osamenta (v. GRAEBNER, **El Mundo del Hombre Primitivo,** pág. 52). Más significativa es aún la observación de DARLINGTON (**The Psychoanalytic Review,** 1939, No 1) de que las cabezas cortadas sirven, según la creencia, para fertilizar los campos cultivados. Las relaciones orales de hombres y animales totémicos que se devoran unos a otros (de lo cual tenemos ejemplo en las figuras 12, 14 y 15) deben simbolizar, además, el rito de una comunión mística entre el clan y el totem. Su forma salvaje es el festín totémico, pero en el Antiguo Perú hubo una

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

verdadera comunión religiosa, de la cual CRISTOBAL DE MOLINA nos ha dejado una completa narración. Esta interpretación podrá ser tachada de ilusoria, es muy probable. No encuentro, sin embargo, examinando el vasto dominio etnológico de las creencias y ritos primitivos, ninguna aproximación más justificada para adivinar el sentido de estas figuras, que representan hombres devorando a vermes o jaguares, o a la inversa. Por cierto, no es la única y exclusiva interpretación, pues ya hemos señalado otras relaciones colaterales. En este caso, como en el sueño, el símbolo tiene muchas significaciones.

En la figura 14 que tomamos de un trabajo de Urteaga, se nos ofrece un admirable y complicado ejemplo del simbolismo de las cariátides. Es típica y evidente, en este caso, la relación de las mismas con el verme elemental, al que están todas ellas ensartadas por la boca (reminiscencia de la pesca por el anzuelo). Se observan en ésta misma figura el cuerpo humano con genitales y los arpones o cuchillos de pesca, y además, en negro, peces estilizados. El pescador, en este caso, se identifica con el verme y tiene, como él, infinita posibilidad de reproducción y de resistencia a las heridas. La extraordinaria vitalidad del anélido, su admirable capacidad de reintegración cuando es cortado en diversas porciones, y sobre todo la propiedad del extremo cefálico de reproducir el resto del cuerpo cuando es seccionado, parecen en este caso ser conocidas por el encantador, e incorporadas al sistema mágico.

La figura 15, que también prestamos a Urteaga, es otro ejemplo interesante de relaciones genéticas y nutritivas. Del hombre surge un felino y del felino surgen múltiples hombres, todos con símbolos agrícolas. No se oculta en éste caso la primitiva teoría de las transformaciones ni la relación— tan propia de los primitivos y de los niños—de un ligamen entre la alimentación y la potencia generativa. Tal vez, en último término, se oculta la idea de un festín totémico: incorporación de la substancia del felino fuerte y fecundo, y subsiguiente desplazamiento hacia el rito de la agricultura.

LA FUSION MISTICA DEL HOMBRE Y EL TOTEM EN LAS PINTURAS DE NAZCA Y PARAKAS

La mayoría de representaciones antropomorfas de la supuesta divinidad nazca y las pinturas de monstruos de Parakas son

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

complejas aglutinaciones de cuerpos humanos con animales. Fué error considerar estas imágenes como progresivas etapas de la metamorfosis del totem en deidad estelar y antropomorfa. La teoría de la evolución biológica, aplicada al desenvolvimiento mental de la humanidad, ha originado ésta artificiosa concepción teogenética, que tiene al Creador por perfecta y evolucionada forma del primitivo totem de la tribu. Las investigaciones de la escuela etnológica histórico-cultural han demostrado que los conceptos religiosos de totem y Gran Dios del Cielo surgen independientes, en ámbitos espirituales diferentes. En etapa subsiguiente, al fusionarse las culturas totemistas, patriarcal y matriarcal, se originaron relaciones íntimas entre los sistemas religiosos disímiles, y el nexo entre el animal totem y Dios Creador.

Sin embargo, los símbolos antropomorfos pueden suscitarse exclusivamente por la magia, y en este caso la aglutinación del totem con el hombre es una condensación o amalgama psíquica. En las obras de arte primitivo las imágenes antropomorfo-totemistas son frecuentes y tienen, en gran número, significativa relación con las máscaras o disfraces rituales. Lo primordial es la identificación del hombre con el totem. Gracias a las imágenes aglutinadas o a los disfraces, la tribu renueva la comunión de sus miembros con el totem. Identificarse a la materia divina, de la cual proviene todo lo existente, el hombre incluso, es recuperar la primitiva fuerza vital, o energía cósmica. STORCH llama a ésta experiencia **unión mística.** En éste sentido, el delirio de grandeza de los esquizofrénicos puede interpretarse como regresión a niveles arcaicos del yo, en el instante en que aún no puede reconocerse como entidad separada, consciente de su aislamiento del mundo objetivo, resultando vivencias de participación con otros seres. De aquí resulta también, observa HEILER, la experiencia primitiva de apoderarse, por ritos mágicos, de la divinidad presente en su imagen o en el ser humano representativo, siendo expresión de ello el disfraz y la comida totémica. "Esta transformación del yo, no en el sentido de un simil, dice STORCH, sino con el sentimiento de compleja comunidad de existencia, es muy característica de la vida primitiva". "Cuando el salvaje en las ceremonias de su culto personifica a demonios, está ausente toda conciencia de que ésto es una ficciosa y metafórica actitud, pues él se cree el demonio verdadero". La metamórfosis de la persona es un acontecimiento natural en la mentalidad mágica. En la fiesta del Sed del viejo Egip-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

to—en una de sus obras MORET ofrece con finura su descripción —el rey se vuelve Osiris, viste el sudario del dios muerto, y toda la familia real verifica los misterios del drama mitológico como preservación contra la muerte. De aquí sólo un paso a la identificación con el totem. En ambos casos hay experiencia de metamórfosis. Ocurre análoga transformación del yo en el delirio esquizofrénico.

En las figuras parakenses hay hermosos ejemplos de identificación del hombre con el totem; los monstruos son, sencillamente, hombres disfrazados. Están provistos de máscaras de felino, camarón u otra bestia, y llevan mantos vermiformes, o serpientes o lombrices, o patas de crustáceos a manera de apéndices. También hay identificaciones y disfraces con aves mitológicas. La bandeleta superior, característica y misteriosa, es simplemente un manto ceremonial. Según YACOVLEFF, los antiguos peruanos pintábanse en el rostro la cara de un halcón, para participar de las virtudes de esta ave rapaz y favorecer sus cacerías.

Es indudable que estos disfraces se relacionaron con ritos totémicos, cuyo utilitarismo inmediato fué propiciar pescas y cacerías, o grandes avenidas del estío. Esta cuestión, de extraordinaria importancia, debe mirarse con doble criterio, psicológico y etnológico. Ya hemos tratado vastamente acerca de la significación de la **condensación** (FREUD), **aglutinación,** (KRETSCHMER) o **amalgama** (WERNER), de las imágenes. * Nuestro punto de vista es que en la psicogénia de este complejo proceso tiene participación profunda la costumbre universal, misteriosa y secular, de las máscaras.

Etnológicamente el nombre de **máscara** corresponde no sólo a cariátides de animales o demonios que se aplican sobre la cara, sino a indumentarias completas del cuerpo, o parciales de la cara, o artefactos que cubren únicamente la cabeza; también a maniquíes de variado grandor y factura, destinados a todo el cuerpo o sólo a una de sus partes. En la alfarería nazquense encontramos, en diferentes ejemplares, máscaras a manera de antifaz.

Las formas afines de las máscaras son innumerables; WILLIAM HEALEY DALL pensaba que fueron, en su aplicación primitiva, un mero objeto de defensa; tal observación no es acep-

* La idea de "identificación" propuesto por Frobenius en uno de sus últimos estudios, "Denkenformen Vergangener Menschheit" (Scientia, 1938, N° 327) corresponde a esta serie de conceptos.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

table. En su origen, lo demuestran muchísimos estudios etnológicos, toda la máscara es ritual, y tan es así, que en el bajo latín **mascha**. quiere decir **bruja.** Es significativo también que el uso de las máscaras es afine a la cultura en que predominan elementos mágico-animistas, la cultura páleo-matriarcal. En la tragedia griega, cuyo oculto fin es la catársis mágica, el uso de máscaras era obligatorio. Por ellas el tragediante se identifica en absoluto con el antepasado que representa y el drama es la reactualización cabal de un trance primitivo. En la fiesta de máscaras del salvaje encontramos la más floreciente y vital manifestación de algo que en el drama es sólo vaga reminiscencia; entonces el enmascarado reencarna con profundo sentimiento de realidad al espíritu del demonio o ancester venerado. "El hombre que se pone sobre la cabeza una máscara figurando un ave, afirma LEVY-BRUHL, se metamorfosea, al menos parcialmente, en esta ave, como aquél que se envuelve en una piel de oso o de lobo deviene i p s o f a c t o en oso o lobo. Recordemos los hombres panteras o los hombres-leopardos de Africa Occidental, cuando ellos se revisten de la piel del animal en las condiciones mágicas necesarias, se sienten realmente convertidos en panteras o leopardos: ellos poseen fuerza y ferocidad. Si se la quitan de improviso, si su víctima, defendiéndose, les arranca dicha piel, instantáneamente ellos no son sino hombres muy asustados y que fácilmente entran en razón". En este caso "el símbolo por virtud de la participación es el ser y el objeto que representa" y "ponerse una máscara es alcanzar una transformación real". "Se podría creer, escriben SPENCER y GILLEN, que se trata simplemente de imitar los gestos de ciertos animales; pero las ceremonias tienen un sentido mucho más profundo, pues cada actor representa un antepasado individual... Tan largo tiempo como los actores y bailarines llevan sus máscaras, y por el solo hecho de que las máscaras están sobre ellos, no solamente son los representantes de los muertos y de los antepasados que estas máscaras figuran, pues devienen en estos personajes por un tiempo, ellos son realmente estos muertos y estos ancésteres". Del mismo sentido es la observación de KOCH-GRUMBERG: "La fuerza misteriosa que reside en la máscara, dice, pasa al danzador, haciendo de él un poderoso demonio, capaz de cazar los demonios o de tornarlos favorables. En particular, los demonios de la vegetación, aquellos de los animales, que tienen un papel en estas ceremonias, aquellos de la caza y de la

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

pesca, son puestos mágicamente bajo el poder del hombre por medio de esta pantomima". También PREUSS, describiendo los sacrificios de México, ha demostrado que el primitivo está bien convencido de su identidad con la persona que representa. El mismo sentido hay en la danza del oso, descrita por CATLIN, donde el sacerdote y sus copartícipes se disfrazan de osos; o bien en la danza del bisonte, que refiere él mismo, en la cual los pieles rojas, disfrazados de bisontes, celebran un drama o pantomima que representa la caza y la muerte del totem. TURNER nos relata los ritos de la cacería del ciervo entre los esquimales, y hasta en las pintursa rupestres neolíticas, REINACH y OBERMEIER, descubren un sentido cabalístico, e incluso se advierte que ellas connotan solemnes mascarales. Pero ningún ejemplo es más evidente y singular que éste, referido de FROBENIUS : interroga a un grupo de Kirri sobre la circuncisión. "Los mozos declararon: 'Un **leopardo** nos circuncindó, fué el rey fallecido' Los viejos dijeron 'El sacerdote **como leopardo** circuncida a los mozos' y después, 'cuando el sacerdote como leopardo circuncida a los muchachos **es el rey fallecido'** Y en otro poblado declararon 'El rey fallecido circuncida como leopardo a los muchachos' ".

En todos estos casos la identificación del hombre con el totem, o con el animal o planta nutritivos, se rigen según el principio general de la magia de aglutinación, en la que vemos la principal razón de las ceremonias de máscaras. En otros términos, la condensación de imágenes del pensamiento onírico y esquizofrénico, las pinturas cabalísticas arcaicas y la costumbre primitiva de los disfraces, con sus complejas ceremonias, obedecen, por igual, al mismo principio genético, la magia de aglutinación. Tal vez el origen de la aglutinación o condensación de imágenes del sueño radica en las ceremonias de las máscaras, aunque más lógico es creer que ambos procesos obedecen a idéntico principio psicológico, que para WERNER es el carácter complejo y difuso del yo primitivo.

El primitivo piensa, según THURNWALD, en completas y concretas pinturas. Por ello la condensación no es fenómeno característico de los sueños, en su origen desligado de la realidad, sino lo contrario: primero es realidad, forma de actuar social, con fin y sentido pragmáticos, pues lo que se identifica, yuxtapone o aduna, persigue un propósito, o suerte de contagio inductivo, o magia simpática. Ulteriormente, por motivo de la represión— no sólo de uno de tales complejos, sino de una forma total de pensa-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

miento —dichos eventos sólo se suscitan en los estados de supresión o mengua de conciencia.

La representación de los disfraces o máscaras en la cerámica y en las telas del antiguo Perú, es frecuente. Las figuras 3, 6 y 7 nos dan idea de estas trasformaciones mágicas del hombre gracias a la máscara. Pero mucho más expresivas son las figuras 16, 17,

Fig. 18. Sacerdote enmascarado. Su indumentaria nos recuerda, en diversos detalles, los símbolos de las figuras consideradas como monstruos—divinidades: la máscara de felino, los instrumentos de pesca y las aletas del pez. En este caso, ya no se trata de una aglutinación de imágenes sino, meramente, de un disfraz, lo cual indica, una vez más, la fina serie de transiciones que van del símbolo verdadero al disfraz.

18 y 19; todas ellas corresponden a sacerdotes disfrazados con los mismos atributos u ornamentos simbólicos que encontramos en las representaciones más estilizadas y en las cuales la referencia a un disfraz es menos evidente. De estas últimas merece especial referencia la correspondiente a la figura 20, en donde, además de los peces, se ve un manto simulando un crustáceo. Es muy probable

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

que con tales disfraces se desarrollaran danzas rituales y múltiples ceremonias mágicas. Su recuerdo pervive en las actuales fiestas de disfraces que aun se celebran en la región andina, como la danza del cóndor en ciertos pueblos de Jauja, donde los oficiantes llevan una indumentaria que lo identifica con aquel totem (fig. 22). Otras veces la figura simbólica aparece como un simple detalle o adorno del vestido (fig. 21). En consecuencia, muy finas transiciones reunen el simple dibujo, los disfraces y los ornamentos

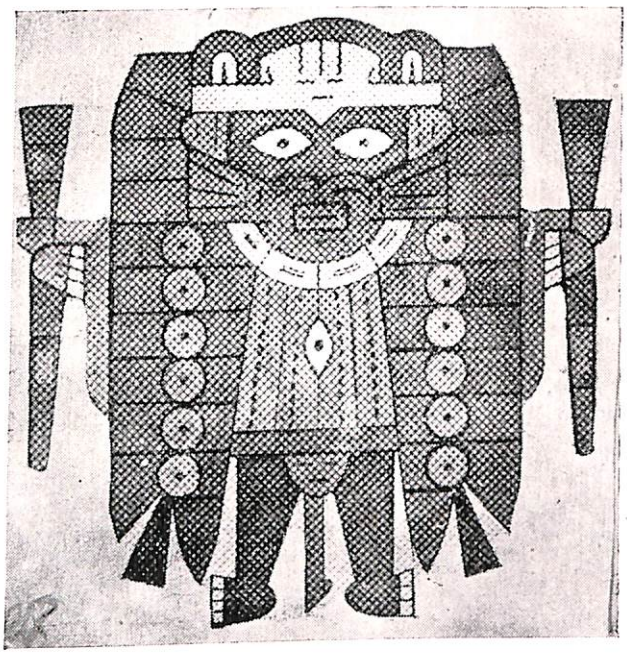


Fig. 19. Sacerdote con la indumentaria simbólica del tigre, como en la figura anterior. Todos estos disfraces nos recuerdan las actuales ceremonias de máscaras de las sociedades secretas de Africa y Oceanía y los fantásticos ornamentos de los australianos.

del vestido. Todos estos elementos tienen múltiples y secretas determinaciones, como las imágenes y símbolos de un sueño. En los escasos ejemplos que ofrecemos, examinando bien las 22 figuras, se encuentran muy objetivamente las relaciones de los disfraces y adornos del vestido con las verdaderas aglutinaciones catatímicas.

En todos los pueblos primitivos los dibujos y disfraces tienen una importancia sobresaliente en todos los actos colectivos (en las relaciones de parentesco, en la economía, en la religión, en las cos-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

tumbres, etc.), por lo cual su conocimiento es una suerte de revelación en la fiesta de la iniciación de los adolescentes. En las observaciones de SPENCER y GILLEN sobre las tribus australianas hay bellísimos ejemplos de esta participación de las creaciones artísticas, de las pinturas y dibujos en particular, en todos los aspectos de la vida social. Cada elemento ideográfico o fisioplástico encierra un profundo sentido espiritual y está inserto en un complejo

Fig. 20. Hombre con disfraz de cangrejo o camarón, en el que figuran, además, cuchillos de pesca y un vencejo. Los disfraces más extravagantes son posibles. En las actuales tribus de Australia Central, en la representación del Totem Rana, la parte superior del cuerpo y el tocado del oficiante son un árbol sagrado y los cuatro miembros desnudos las raíces. En la tribu de los Aerunta lucen, en los ritos de la iniciación, el disfraz del ciruelo.

Fig. 21. Dibujo de una tela de Parakas en la que la indumentaria del hombre, posiblemente un sacerdote, sólo ostenta los símbolos mágicos a manera de adornos, y no cual verdadero disfraz.

de congruentes acciones sociales. Sólo así se explica por qué en una **ceremonia bora,** el dibujo del kanguro totémico es fieramente alanceado por los adolescentes iniciados. En todos estos casos la pintura es mucho más que un simple ornamento. Sirve para reactualizar un drama mitológico.

Desgraciadamente, las creencias, mitos y ceremonias de los primitivos pueblos yungas, los nazcas inclusive, se han perdido para siempre, y no es posible encontrar explicaciones mejor defini-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

das o las participaciones de sus invenciones artísticas en actos sociales concretos.

De aquí se puede inferir también que tales dibujos—sobre todo cuando ellos forman un asombroso archivo como en la antigua cerámica peruana—son algo más que simples medios de encantamiento. La sabiduría de los primeros tiempos de la humanidad fué

Fig. 22. Indios disfrazados de cóndores en una fiesta de máscaras que aún persiste en la provincia de Jauja (fotografía de Alfonso Gutiérrez Noriega).

escrita en símbolos o en imágenes. En tan variadas producciones —nos referimos principalmente a las pinturas de nuestra cerámica —están ordenados todos los conocimientos del clan, del mundo real y de las relaciones ocultas de las cosas. Al mismo tiempo forman una suerte de códice donde minuciosamente se formulan las ceremonias, los ritos, las costumbres, los deberes del hombre y la ciencia mágica. Este punto de vista con mayor desarrollo y esmero podría ser la base de una teoría humanista del arte antiguo.

EL SIGNIFICADO COMPLEJO Y MULTIPLE DE LOS HECHIZOS Y SU RELACION A LOS APREMIOS DE LA VIDA MATERIAL.

Las pinturas simbólicas de la cerámica de Nazca y de las telas de Parakas revelan un verdadero sistema de pensamiento primitivo y de ritos mágicos. El rasgo peculiar es la compleja y múl-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

tiple significación de cada una de ellas. Cada iconograma es, a la vez, un encantamiento de la agricultura, de la pesca y de la creciente fluvial.

La condensación en un solo hechizo o en una sola imagen, de realidades tan diferentes entre sí, como la fertilidad de la tierra, el éxito de una expedición pesquera y la abundancia de las aguas, es posible, pues en la mentalidad primitiva se reunen, en configuraciones integrales, todos aquellos elementos que recíprocamente se influencian para obtener el mismo fín, en este caso el logro de una empresa social-económica. No creo, en cambio, que estas condensaciones deriven de una "indiferenciabilidad genuina del sentido de todos los fenómenos" como afirma WERNER. Si con gran frecuencia se ofrecen en los actos rituales de ciertas tribus análogas condensaciones, la explicación hay que buscarla en la magia por aglutinación de actos o imágenes. Los ejemplos de SELIGMANN y BRENDA, de WISSLER, CLARK y ERDWEG, analizados por WERNER, pueden comprenderse perfectamente siguiendo este criterio. En cambio, es de valor fundamental la observación, capital en el ámbito mágico, que el mismo acto o el mismo hechizo, entrañan muchas significaciones. Esto es real, incluso en las palabras y conceptos, como lo han demostrado ABEL y SPERBER, e incluso de los mismos fonemas, según nuestra experiencia. Este ingénito dualismo del pensar primitivo deja comprender la plurivalencia de las pinturas que estudiamos.

Estas hechicerías se relacionan siempre íntimamente a problemas fundamentales de la vida material. "El hombre primitivo, observa ELLIOT SMITH, nada hacía sin finalidad concreta y práctica" y en especial la magia "no es, usando la expresión de MARIE BONAPARTE, una ciencia especulativa, sino un medio de señorear sobre las fuerzas del universo, sobre los hombres y espíritus".

Las observaciones de REINACH y OBERMAIER, sobre las antiquísimas pinturas rupestres, coinciden con la teoría mágico pragmática. Sería, sin embargo, extremada exageración ver en los símbolos de Nazca un sentido utilitarista y material únicamente, sólo porque, empleando el argumento de OBERMAIER, "la gran mayoría de las imágenes de animales representan las especies más indispensables para el sostenimiento de aquellos hombres". La variedad de colores, la precisión de las líneas y la estilización de las imágenes, descubren emociones estéticas que inseparablemente se

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

agregan al realismo optativo de la magia. Ciencia y Arte son, en esta etapa, una sóla entidad.

En la actualidad el apremio principal de la vida social de los aborígenes peruanos depende de la sequía. La cultura nazca y otras semejantes de la costa peruana están siempre restringidas en los áridos valles. "Es un misterio porqué razón, decía UHLE las estrechas y arenosas bandas, allende el soto de algarrobos, están todas cubiertas de vastos cementerios de este tipo".

En muchos pueblos primitivos se han descubierto curiosos ritos para asegurar la caída de la lluvia o la creciente fluvial. Los huicholes de México, por ejemplo, adoran a las fuerzas naturales y a los elementos, y practican singulares ceremonias para lograr la lluvia codiciada. Pintan, observa H. C. HADDON, gran número de dibujos decorativos especialmente en sus vestidos, "son símbolos, y no es exagerado afirmar que van cubiertos de plegarias". En Australia y Nuevo México trazan bandas curvas que representan el arco Iris sobre el suelo y se pintan bandas análogas sobre el cuerpo y escudos de los danzarines. "Aquí interviene, según LEVY BRUHL, el valor místico de la imagen (magia simpática que utiliza la participación entre éste y su original)", porque "La mentalidad primitiva no haya dificultad en que la vida y las propiedades del sujeto en cuestión estén a la vez en el modelo y en la imagen. En virtud de una línea mística entre ellos, línea representada por la ley de participación, la imagen es el modelo". Ceremonias similares se efectúan entre los Yuñis, Harapaos y Pueblos de América del Norte. En todos estos casos el procedimiento de promover la lluvia por la magia de la imagen es lo fundamental, procedimiento que es, a no dudarlo, la idea central de las pinturas nazquenses.

La etnología ofrece ejemplos infinitos de ritos mágicos y religiosos que los pueblos practican durante las sequías para asegurar la llegada de las aguas. "Entre nosotros, dice HADDON, la religión no interviene sino cuando llueve mucho o demasiado poco; pero no era así antiguamente, y el folk-lore europeo se encarga de recordarnos el gran papel que desempeña en la vida cotidiana la población rural en las prácticas mágico-religiosas".

A MALINOWSKI debemos uno de los más recientes e importantes estudios sobre la participación de la magia en la economía primitiva. Consagra dos extensos volúmenes a las faenas agrícolas de las islas de Trobriand, descubriendo una relación constante e íntima entre aquellas y la magia pública y oficial; cada detalle

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

de dicha labor está regulado por ritos y hechizos bajo la dirección de un mago especialista, cuyo carácter sagrado se relaciona a las interdicciones que observa.

De estas observaciones podemos deducir, como DAVY y MORET, que el descubrimiento de las técnicas económicas destinadas a mantener el clan está en gran medida condicionado por la magia. En consecuencia, el hallazgo de símbolos o hechizos, destinados a favorecer la agricultura y la pesca, en la alfarería del Antiguo Perú, es solo un simple ejemplo de un fenómeno que ocurre en todos los pueblos primitivos.

EL PENSAMIENTO MAGICO EN EL SUEÑO Y SU RELACION CON LAS PINTURAS PRIMITIVAS

El durmiente que amalgama experiencias vividas e imágenes diversas, y que constituye con ellas nuevas y extrañas síntesis, no sólo persigue, como afirman los psicoanalistas, la satisfacción ficticia de un deseo. **El sueño tiene profundo y congruente sentido cabalístico, es un sortilegio.** El soñador no desea únicamente; hay algo más, conjura. Igual hace el salvaje que pinta sobre la tierra el arco Iris; no apetece pasivamente, que se opere sólo en su imaginación la aparición del arco y de la lluvia, pues cree, de veras, que esto actuará como fuerza efectora. "Como para la mentalidad prelógica no hay imagen pura y simple, dice LEVY-BRUHL, como la imagen participa del original, poseer la imagen es ya en cierta manera estar en posesión del original."

Es seguro, en el mismo sentido, que el durmiente elabora sus imágenes del sueño no para satisfacerse artísticamente en ellas, sino para conjurar lo real a verificarse, según el íntimo designio. Esto nos lleva a suponer que el fantasear, soñar despierto, y el arte no son su origen sino derivaciones de lo real, por que fueron en principios formas de actuar o ritos propiciativos. Lo intencional es en su origen, en tiempos del pensamiento de figuras; luego, en la etapa del pensamiento racional, degeneró, y la desideración fué a segundo plano. Se olvidó el fin y pervivió la forma. Según esto todas las fantasías oníricas tienen, s e n s u l a t i s i m u s, elementos cabalísticos y no son simplemente, según afirma FREUD, realizaciones de un deseo. Son verdaderos ritos mágicos.

Esta concepción del sueño se relaciona, aunque lejanamente, con cierta hipótesis, creada por MEADER, sobre su función lúdica

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

(de ludus, juego), que implica en cierta forma, recordando la interpretación del juego de KARL GROOS como proceso de instintos en formación desplazados, una suerte de ensayo en la acción.

El sentido intencional y propiciativo de la fantasía adquiere mayor vigor y categoría en las obras de arte. Ellas ocupan, como CHARLES BAUDOUIN dice, una situación intermedia entre sueño y juego. El arte es un sueño que tienta su real verificación. Pero si nosotros del arte actual pasamos al arte primitivo — al arte de la cerámica de Nazca o de los tejidos parakenses por ejemplo—encontramos que la separación es fruto de la tendencia disgregativa de las unidades psíquicas afectivo-gnósticas-volitivas del alma arcaica.

En consecuencia, si el arte actual es "sueño que busca su realización", afirmamos, fundándonos en las observaciones de REINACH sobre el arte del cuaternario y en las nuestras del antiguo Perú, que **el arte primitivo es, gracias a la magia, a la vez fantasía y forma de acción.** Dicho arte suscita— empleando una expresión del propio REINACH "influencia mística ejercida por voluntad del hombre sobre las voluntades de las cosas". FREUD, establece un paralelo entre los desarrollos ontogénicos y filogénicos del espíritu, y considera que la fase mágico-animista corresponde al narcisismo, lo cual daría una explicación psicogenética de uno de los principios fundamentales de la magia, la **omnipotencia de ideas.**

De estas consideraciones intentamos deducir que existe semejanza entre los sueños y ciertas pinturas arcaicas. Son ejemplo elocuente las que en este estudio consideramos: si en los primeros se descubren las preocupaciones y apetitos profundos y esenciales del hombre actual, en las otras hallamos los elementos correspondientes de los pueblos. Pero, nuestro punto de vista es que, en unos y otros, no es la simple realización de los deseos por imágenes oníricas o pintadas el fín exclusivo. Tales imágenes son ritos propiciativos que, gracias a un principio general de omnipotencia de las figuras y simples representaciones, conducen al logro efectivo del deseo. Y como en todos los casos es la identificación. o aglutinación de motivos o imágenes el fenómeno principal en el arte, en los mitos, en la religión, y en las ceremonias y empresas económicas de la antigüedad, e incluso—como lo han demostrado los estudios psicoanalíticos—también en el pensamiento inconsciente y en el desarrollo espiritual del niño, debemos considerarla como

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

a uno de los procesos mentales de mayor importancia en la evolución del hombre.

CONCLUSIONES

En el arte del Antiguo Perú, con evidencia singular en las pinturas de las telas y de las vasijas sagradas, se encuentran grandiosas creaciones del pensamiento mágico. Ninguna prueba existe de que tales figuras sean dioses primitivos. Son, simplemente, plegarias escritas en símbolos, o hechizos, para el triunfo de las más apremiantes y simples necesidades humanas (empresas agrícolas, pesca y guerra). Los deseos se expresan como condensaciones de hombres con diversos elementos totémicos, y, en éste sentido, hay una estrecha relación entre los dibujos del arte peruano y los símbolos oníricos. Son fantasías optativas de sentido cabalístico.

En un estrato más profundo se encuentran motivos más viejos y esenciales, que surgen en todos los pueblos primitivos y modernos: sentido de inmortalidad y fusión mística del hombre con su divinidad. Se expresan con notable claridad en los dibujos de los mantos ceremoniales de Parakas; también hay ejemplos en la cerámica de Nazca. La figura vital en este tema es el danzarín enmascarado, un hombre metamorfoseado totem. La arcaica cultura matriarcal con cultivo de azada, del Perú preincaico, y la persistencia de algunas fiestas de máscaras en los nativos actuales, comprueban esta hipótesis.

Por una serie de infinitas transiciones se vá del símbolo al disfraz, al extremo que en la mayoría de casos es imposible precisar si la representación expresa un monstruo o un sacerdote enmascarado. Creo, en consecuencia, que la aglutinación catatímica de imágenes, o condensación, se encuentra no sólo en las meras fantasías (en el arte o en los sueños) sino también en múltiples formas de acciones simbólicas del hombre primitivo, principalmente en ciertos ritos y danzas mascarales.

Muchas figuras simbólicas contienen relaciones orales entre seres de especies diferentes, incluyendo al hombre. Recuerdan el festín totémico y otras obscuras relaciones. La condensación de imágenes, los disfraces y la comida totémica, surgen en el arte del Antiguo Perú como inseparables elementos. Con ellos el hombre se identifica a los seres e instrumentos a los que está relacionado por necesidades vitales. Entonces, propiedades y fuerzas de la Natura-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

leza pasan al hombre, a la vez que ella es dominada por él. Por la magia es posible mantener tan grandiosas influencias recíprocas.

Finalmente, además de sus valores ethónicos, el gran archivo iconográfico del antiguo arte peruano expresa todos los conocimientos prácticos y teóricos del hombre de entonces. Ha escrito allí, como lo hiciera el hombre moderno en una gran enciclopedia, íntegramente su experiencia y sabiduría: ciencia natural, ciencia mágica, ritos, leyes sociales y costumbres. Frente a la concepción anterior, pero sin contrariarla, este último punto de vista puede servir de base una valoración humanista del arte antiguo.

Estas interpretaciones de las primitivas pinturas peruanas no son las únicas posibles. No se puede alcanzar el sentido definitivo y más profundo de los símbolos.

BIBLIOGRAFIA

CH. BAUDOIN : **Psychanalyse de l'art,** Paris, 1929.—M. BONAPARTE : La Pensée magique chez le primitif, **Revue Francaise de Psychanalyse,** t. VII, N° 1.—A. BOREL : La Pensée magique dans l'art, **Revue Francaise de Psychanalyse,** t. I, N° 1.—R. CARRION CACHOT : La indumentaria en la antigua cultura de Parakas. **Wiracocha,** 1931, N° 1.—S. FREUD : **La interpretación de los sueños,** Madrid, 1923.— S. FREUD : **Totem y Tabú,** Madrid, 1923.—L. FROBENIUS : **La Cultura como Ser Viviente,** Madrid, 1934.—A. H. GAYTON y A. S. KROEBER : **The Uhle Pottery Collections from Nazca,** California, 1920.— A. C. HADDON : **Costumbres del Universo,** t. I. Montaner y Simón, Barcelona 1922.—A. C. HADDON : **Magic and Fetichism,** London, 1906. — R. y M. D'HARCOURT : La ceramique Ancienne du Pérou, París, 1924.—T. JOYCE : The clan ancestor in animal from as depicted on ancient pottery of Peruvian coast. **Man,** T. XIII, N° 8, 1913.— E. KRETSCHMER : **Manuel Théorique et Practique de Psychologie Medicale,** París, 1927.—R. LAFORGUE : La Pensée magique dans la religion, **Revue Francaise de Psychanalyse,** T. VII, N° 1.— W. LEHMANN y H. DOERING : **Kunstgeschichte des Alten Perú,** Berlín, 1924. (cit. Yacovleff).—L. LEVY-BRUHL : **Les fonctions mentales dans les sociétés inférieures,** París, 1928.— L. LEVY-BRUHL : **La mentalité primitive,** París, 1931.—L. LEVY-BRUHL : Le surnaturel et la Nature dans la mentalité primitive, Paris, 1931. —L. LEVY-BRUHL : **L'Ame primitive,** Paris, 1927. — B. MALI-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

NOWSKI : Coral gardens and their Magic; a study of the Methods of tilling the soil and of agricultural Rites in the Trobriand Islands. 2 t., London, 1935. — A. MEANS : A survey of ancient Peruvian Art, **Transactions of the Conecticut Academy of Arts and Sciences,** New Haven, 1917. —A. MORET : **El Nilo y la Civilización Egipcia,** Madrid, 1927.—A. MORET y G. DAVY : **De los Clanes a los Imperios,** Madrid, 1925.— S. NACHT : La Pensée magique dans le réve, **Revue Francaise de Psychanalyse,** T. VII, N° 1.— H. OBERMAIER : **El hombre prehistórico y los orígenes de la humanidad,** Madrid, 1932.—JEAN PIAGET : La representación del mundo en el niño, Madrid, 1933.—JEAN PIAGET : La causalidad física en el niño, Madrid, 1934. — JEAN PIAGET : El lenguaje y el pensamiento en el niño, Madrid, 1934. —S. REINACH : Cultes, Mythes et religions, París, 1908.— E. SELER : Die buntbemalten Gefaesse von Nazca, en **Gesam Abhanndl,** T. IV, 1923 (cit. Yacovleff). — A. STORCH : **The primitive Archaic Forms of Inner Experiences and Thought in Schizophrenia,** New York, 1924.— J. TELLO : Los antiguos cementerios del valle de Nazca, Lima, 1917.— E. B. TYLOR : **Antropología,** Madrid, 1888.— E. B. TYLOR : Primitive Cultures. Researches into the development of Mythology, Philosophy, Religion, Lanuague, Art and Custom, 2 T. (4a. ed.) London, 1903.—M. UHLE : The Nazca pottery of ancient Perú. **Proceedings of the Davenport Academy of Sciences.** T.XIII, 1914.—M. UHLE : Zur Chronologie der alten Culturen von Ica. Journal de la Société de Americain, París, T. X, 1913 (cit. Yacovleff). — H. URTEAGA: : El simbolismo de los huacos de Nazca, **Revista de Arqueología,** T.I., 1932.—L. VALCARCEL : El gato de agua. Sus representaciones en Pukara y Nazca, **Revista del Museo Nacional,** 1932. N° 2.— E. YACOVLEFF : La deidad primitiva de los Nazca. **Revista del Museo Nacional,** 1932, N° 2.—E. YACOVLEFF : El vencejo en el arte decorativo de Nazca, **Wiracocha,** 1931, t. I, N° 1. —E. YACOVLEFF y J. C. MUELLE : Un fardo funerario de Parakas, Revista del Museo Nacional, 1934, vol. III, N° 1.—H. WERNER : **Psicología evolutiva,** Salvat, Barcelona, 1936.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

NOTICIA DE LIBROS

L. A. CHAVEZ VELANDO : **El síndrome astigmático.**—Un volumen en 8°, de 870 páginas.—Taller de Linotipia, Lima, 1938.

Esta voluminosa monografía, en que el autor revela el resultado de veinte años de paciente labor, está dedicada al estudio del síndrome astigmático en una dirección nueva o cuando menos, novedosa: de las simpatosis que derivan de este vicio de refracción. Según el autor la percepción de imágenes deformadas trae un esfuerzo de corrección cerebral que al fin y al cabo irradia de las esferas visuo-psíquicas hacia las esferas vegetativas y se traduce por una serie de manifestaciones neuro-vegetativas más o menos saltantes, cuyo origen pasa a menudo inadvertido y, por ende, carece de tratamiento satisfactorio. Según el autor el astigmatismo puede producir toda clase de disturbios neuro-vegetativos, desde los más sencillos hasta los más complejos y aun cuadros que los desbordan largamente como la astenia, hipocondría, etc. Ciertamente los hechos no justifican esta generalización clínica ni otras demasías; empero, el libro de L. A. Chávez Velando, que es el fruto de un esfuerzo tenaz, y como tal, digno de elogio, habrá contribuído a llamar la atención hacia la posible etiología de ciertos disturbios y permitir así su curación.

J. O. T.

A. DEMBO y J. IMBELLONI : **Deformaciones intencionales del cuerpo humano de carácter étnico.**—Un volumen en 8°, de 348 páginas, con 142 figuras.—Editor José Anesi, Buenos Aires, 1938. Precio: 5 pesos.

Las deformaciones del cuerpo humano constituyen uno de los hechos más característicos y complejos de la actividad del hombre primitivo. Su conocimiento es no sólo interesante para la antropología, sino también para la psicología y psiquiatría, pues nos revela, en las múltiples formas en que se nos ofrece, uno de los rasgos más enigmáticos de la conducta del hombre. Es mérito de los autores de este libro haber reunido con correcta sistemática cuestiones tan heterogéneas y numerosas, cada una de las cuales, casi, exige un trabajo de especialización. Precede a la obra un primer capítulo en el que se

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

desenvuelve, con mucha discreción, una doctrina general de las deformaciones : ellas suponen una serie de impulsos o creencias que no constituyen estados espirituales diferentes a los nuestros, pues son "elementos perennes de la naturaleza del Hombre". Es muy interesante la correlación que existe entre los tipos de culturas y la deformación, aunque, desgraciadamente, no es posible sostener una explicación más definida y profunda de los fenómenos. En la segunda parte de la obra se trata en particular de las mutilaciones y deformaciones : alteraciones tegumentarias, deformaciones faciales, plástica del tronco y cuello, engorde artificial, mutilaciones de las extremidades y de los órganos sexuales, y, finalmente, se estudia ampliamente y con erudición el problema de la deformación cefálica.

C. G. N.

RAYMOND LALLAU : **L'orientation professionnelle au cours d'examens médico-psychologiques et d'orientation professionnelle des mineurs délinquants de Lille.—** Un folleto en 8°, de 31 páginas, con 5 grabados.— Publications de l'Office Departamental d'Orientation Professionnelle du Nord, Lille, 1938.

El Dr. Lallau, Director de la Oficina Departamental de Orientación Profesional del Norte de Francia, expone con objetividad en este trabajo sus procedimientos psicotécnicos y los primeros resultados que ha alcanzado con su aplicación a los menores delincuentes. Reproduce los formularios para el estudio individual, en todos sus aspectos, y el procedimiento concebido por el autor para el examen psicotécnico. Como dice el Prof. Leclercq en el prólogo, se trata en este folleto de "un experimento, una lección y un acto"—que puede ser imitado con provecho, sobre todo en medios donde la industria ha alcanzado apreciable diferenciación.

H. D.

O. LANGE : **Sífilis nervosa pré-clínica.—** Un volumen en 8°, de 108 páginas.—Empresa Gráfica, Sao Paulo, 1938.

Esta monografía, realizada con el material de la Cátedra del malogrado Profesor E. Vampré, tiende a demostrar la realidad de una etapa pré-clínica de la sífilis nerviosa y establecer las medidas necesarias para disminuir, a tiempo, los grandes males que causa la neurolúes. En efecto, el período clínico de la sífilis nerviosa es precedido, a veces durante muchos años, de un período durante el cual las alteraciones del tejido nervioso, insuficientes todavía para dar lugar a una

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

sintomatología clínica, determinan sin embargo reacciones meníngeas que se traducen por modificaciones del líquido céfalo-raquídeo : es el período biológico de la neuro-lúes, en que el tratamiento adecuado permite magníficos resultados. El autor ofrece en los diferentes capítulos del libro, el fruto de sus cuidadosas investigaciones basadas en 13,500 exámenes de líquido céfalo-raquídeo de luéticos, practicados en diez años de paciente labor; 2,963, ó sea el 21.97% eran individuos neuro-luéticos de formas variadas, con déficit somático o psíquico. Numerosos esquemas y cuadros estadísticos demuestran claramente la realidad de la tesis sostenida por el autor. La lectura de este trabajo será indudablemente provechosa no solamente para los cultores de la Neurología, sino también para todos los médicos en general.

J. O. T.

L. PUUSEPP : **Chirurgische Neuropathologie. II Band : Das Gehirn. Erster Teil.**—Un volumen en 8°, de 552 páginas, con 199 grabados y 10 láminas.—J. G. Krüger, Tartu, Estonia, 1939.

Ha llegado a nuestras manos la primera parte del tomo dedicado al cerebro del tratado que el profesor Puusep consagra a la cirugía del sistema nervioso. De los cuatro tomos en que está concebida la obra han aparecido anteriormente : el primer tomo "Los nervios Periféricos", 1932 y segundo tomo "La médula", 1933. Es una obra importante respaldada por la personalidad científica del autor, establecida en 35 años de práctica en el dominio de la cirugía del sistema nervioso.

En la parte general encontramos una introducción anatomo-fisiológica breve y concisa, el segundo capítulo está dedicado al estudio de la anatomía patológica del cerebro y de las meninges; en las páginas siguientes estudia los síntomas de las afecciones quirúrgicas del cerebro, que el autor separa en manifestaciones generales y perturbaciones condicionadas por alteraciones de las zonas de proyección y de las vías nerviosas. Un capítulo, bien que de los más cortos, es dedicado a la percusión, auscultación y palpación del cráneo. Nociones de Rontgendiagnóstico son tratadas brevemente; en una primera parte se consideran las modificaciones del cráneo, la segunda parte del capítulo concierne a las modificaciones del cerebro; se encuentra la exposición de nociones sobre encefalografía y ventriculografía, el autor indica la técnica y señala las imágenes más habituales que se observan por el método de Dandy, la exposición es aclarada por numerosos esquemas. La determinación del volumen ventricular sin inyec.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

ción de aire (Ventricular estimation de Dandy) es igualmente indicado. El capítulo sexto y último de la parte general trata de las nociones generales de técnica operatoria.

La parte especial está dividida en tres capítulos que están dedicados respectivamente a las enfermedades del cráneo, a las enfermedades quirúrgicas de las meninges y finalmente son consideradas con mayor extensión las enfermedades del cerebro.

En esta parte del Tratado de Puusepp se encuentra la misma precisión y exposición sistemática de los tomos anteriores, que permite una rápida orientación en los diferentes temas que son tratados. Al final de cada capítulo se encuentra un índice de la Bibliografía correspondiente. Es una obra importante, útil tanto a los cultivadores de la neurología como al cirujano general.

En fin, el autor nos promete para el año próximo la aparición de la segunda parte del tercer tomo que será consagrado a las formas restantes de las enfermedades quirúrgicas del cerebro.

M. Méndez.

NERIO ROJAS : **La psiquiatría en la legislación civil.—** Un volumen en 8°, de 222 páginas.— Valerio Abeledo, Editor, Buenos Aires, 1938.

El ilustre catedrático de medicina legal de la Universidad de Buenos Aires hace con este libro una aportación a la labor de correlacionar el ejercicio de la medicina mental con la aplicación de la ley. El subtítulo de la obra —"Comentarios sobre el Código Civil y el Proyecto de reforma"—muestra la intención del autor, orientada a hacer valer el punto de vista médico en la transformación de la ley civil argentina. Este encomiable empeño científico y patriótico del Prof. Rojas ha de tener seguramente consecuencias ventajosas para la futura legislación de su patria. Además, no dudamos que servirá para ilustrar el criterio de los legisladores, abogados y médicos de otros países. El asunto es tratado en siete capítulos—originalmente conferencias dictadas en la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales a mediados del año 1938—, cuyos títulos son los siguientes : introducción a la incapacidad de hecho, interdicción (tres capítulos), actos jurídicos y testimonio, matrimonio y divorcio, ley de alienados. El criterio, la información y la manera de decir son los mismos que han captado al autor la infinidad de admiradores que tiene en los muchos lugares donde sus obras son conocidas.

H. D.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

LUIS N. SAENZ : **La coca. Estudio médico social de la gran toxicomanía peruana.**— Un volumen en 8°, de 237 páginas.—Imprenta de la E. de la G.C. y P., Lima, 1938.

En esta extensa monografía, que el autor ha presentado a la Facultad de Ciencias Médicas para optar el grado de doctor en medicina, se expone con detalle y documentación gran número de ideas, hipótesis y problemas relacionados con la toxicomanía del aborigen peruano. Comprende los siguientes capítulos : Historia del coqueo. La coca, la cal, la llipta y el coqueo. La coca en el mito, en la superstición y en la medicina popular peruana. Identidad del coqueo con la cocainomanía. Diversidad de conceptos sobre los efectos de la toxicomanía. La coca en la economía nacional. Semiología y patología del coqueo. Coqueo y biología. Coqueo y psicología. Coqueo, alcoholismo y delincuencia. Coqueo y sociología serrana. Hábito y abstinencia en el coqueo. Ensayo de interpretación del mecanismo de acción del coqueo. Terapéutica de la toxicomanía. Se comprende que un programa tan ámplio, sobre un tema que científicamente está casi inexplorado, no puede desenvolverse, por muy grande que sea la habilidad del escritor, sino en el plano de las conjeturas, y a menudo apoyando las hipótesis con otras que a su vez carecen de fundamento. De todas maneras, la obra es en conjunto un meritorio y loable esfuerzo para estudiar un tema de tanta complejidad.

C. G. N.

LAZARO SIRLIN : **Trastornos funcionales del sexo.**—Un volumen en 8°, de 259 páginas, con 1 grabado.—Librería y Editorial "Atenea", La Plata, 1939. Precio : $ 5.

En los ocho capítulos de este volumen, escritos en forma clara y concisa, se encuentra expuesto lo más importante, desde el punto de vista de la medicina práctica, de los trastornos psico-orgánicos de la función sexual, enfocando principalmente los aspectos relativos al diagnóstico y al tratamiento. El autor aborda los problemas situándose en el plano de las verificaciones científicas, evitando sistemáticamente los excesos de los teorizantes y empíricos. Cada cuadro morboso, hasta el de apariencia más trivial, requiere ser estudiado teniendo en cuenta una serie de factores, tanto de orden somático y psíquico, cuanto la influencia del medio ambiente, como lo demuestra la experiencia en el ejercicio diario de la profesión. Siguiendo este criterio, y después de hacer una explicación del mecanismo psico-fisiológico del acto sexual, el autor estudia las perturbaciones y perversiones corres-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

pondientes; en seguida trata del tema de la impotencia sexual; después se detiene en la exposición de los trastornos sexuales en el hombre y en la mujer y de las alteraciones de la sensibilidad sexual; y, por último, entra en la consideración de problemas tan importantes como la continencia y la incontinencia sexuales y otros conexos. Una extensa y escogida bibliografía, la mejor según Sirlin, completa la obra que comentamos.

León Mejía.

G. VILLEY : **La Psychiatrie et les Sciences de l'Homme.**—Un volumen en 8°, de 194 páginas.—F. Alcan Editor, Paris, 1938. Percio : 30 francos.

Este volumen es el fruto de las meditaciones variadas e incesantes que nacen de la práctica diaria de la especialidad. El autor las ha reunido, clasificado y dado cuerpo de doctrina, que pretende ofrecer en una vista de conjunto de la psiquiatría, de su dominio, de sus fundamentos y de sus métodos. En la primera parte expone la evolución de la medicina mental, precisa sus confines y sus relaciones con la biología y la psicología. La segunda parte está dedicada a las bases de la psiquiatría, allí se analiza los diversos elementos presentes en el estudio de esta ciencia y se establece que el problema engloba, además de las enfermedades propias de esta ciencia, todas las cuestiones del terreno y del ambiente en que interviene el especialista. En la tercera parte se pasa en revista los diversos aspectos semiológicos, nosográficos, clínicos y patológicos de la psiquiatría y se insiste especialmente en los problemas metodológicos que derivan y que están dominados por la disciplina propia a todos; la del lenguaje psicológico. Termina el libro con una serie de consideraciones prácticas sobre la organización profesional de la psiquiatría, la organización de la higiene y profilaxia mentales.

J. O. T.

SERGE VORONOFF : **Greffe des glandes endocrines.**— Un volumen en 8°, de 286 páginas, con 96 grabados.—G. Doin & Cie., Paris, 1939. Precio : 120 fr.

El método, la técnica y los resultados del injerto de las glándulas endocrinas, que el autor iniciara el año 1910, son expuestos en este volumen, de gran valor para el especialista. En la actualidad cuenta Voronoff con gran número de colaboradores y discípulos y su experiencia en el tema es vastísima. En sucesivas comunicaciones a con-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

gresos científicos y en numerosas publicaciones ha ido presentando el resultado de sus investigaciones y ahondando en el estudio de los caracteres anatómicos semejantes del organismo humano y el de los monos con el objeto de determinar entre éstos el más apropiado para la práctica de los injertos. De esta manera ha podido establecer las reglas fundamentales que aseguran el éxito de la operación, esto es, el lugar de implantación del injerto, el espesor de éste, las condiciones que debe tener la región elegida y las maniobras operatorias, que requieren el concurso de dos cirujanos; las indicaciones del injerto, es decir, la deficiencia o ausencia de una glándula en el organismo, lo cual puede determinarse mediante las pruebas endocrinas; y, por último, la eficacia del tratamiento tanto en casos de insuficiencia grave de una glándula — tétanos crónico, mixedema etc. — cuanto en los cuadros de insuficiencia pluriglandular de la vejez y otros. No siempre puede hablarse de la supervivencia del tejido glandular injertado; es bien conocido el caso de la reabsorción rápida y total del injerto subcutáneo, practicado sin las reglas necesarias que apunta el autor; pero cuando la operación es realizada sujetándose a los requisitos señalados, después de muchos años se ha encontrado el tejido injertado en buenas condiciones y, lo que es más importante, en todos los casos se ha logrado un buen efecto, en ocasiones definitivo, con la desaparición del correspondiente cuadro patológico, en un organismo remozado. Finalmente, en los últimos capítulos de la obra que comentamos, el lector encontrará lo relativo a la técnica del injerto de las distintas glándulas endocrinas, todo expuesto con gran claridad y profusamente ilustrado.

León Mejía.

Varios autores : **Publication from the Institute of Neurology of the Northwestern University Medical School,** Vol. X. — Un lumen en 8°, sin compaginación unitaria.—Chicago, 1938.

Hemos recibido el décimo volumen de la serie publicada por el Departamento de Neurología de la Northwestern University, que contiene los más importantes de los trabajos realizados por sus miembros durante el año próximo pasado. Treintidós trabajos figuran en este volumen, y están dedicados a los diferentes sectores de la neurobiología : anatomía, fisiología, experimentación, clínica, terapéutica. No podemos ni siquiera dar una idea del interés que tiene la lectura de este libro en que se encuentra como una vista panorámica de algunos de los más importantes problemas de actualidad.

J. O. T.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

REVISTA DE REVISTAS

ARQUIVOS DO SERVICO DE ASSISTENCIA A PSICOPATAS DO SAO PAULO, 1938, N° 1-2.

PAULO PINTO PUPO : **"Meningioma da regiao quiasmatica invadindo o parenquima cerebral, en menina de 7 anos"** (Meningioma de la región quiasmática invadiendo el parénquima cerebral, en una niña de 7 años).—En el caso que motiva esta publicación se trata de una niña de 7 años que se hospitaliza después de 4 de enfermedad, en estado de casi completa inconciencia, evidenciando signos de gran hidrocefalia. Se produce el deceso y en la necropsia se encuentra un tumor originario de la región opto-quiasmática que penetrando por la hendidura de Bichat, había destruído en el hemisferio derecho gran parte del tálamo óptico y del núcleo caudado y completamente el núcleo lenticular. Su presencia determinó además gran dilatación de los ventrículos y degeneraciones císticas de los pedúnculos cerebrales y de otros puntos del encéfalo.

Por sus caracteres histopatológicos el tumor en referencia es un meningioma que presenta, en diversos campos, los tipos fibroblástico, melanosarcomatoso, lipomatoso y psamomatoso, según la clasificación de Bailey y Bucy y zonas con degeneración hialina y cística. En las numerosas fotografías con que ilustra el A. su valiosa publicación, puede apreciarse con claridad los caracteres macroscópicos y microscópicos del tumor.

Salta a la vista la importancia de esta observación, en primer término por la corta edad de la paciente y en segundo, por el crecimiento atípico de la neoplasia invadiendo el parénquima cerebral, hecho extremadamente raro, a juzgar por la infructuosa búsqueda bibliográfica verificada por el A. sin encontrar publicado ningún caso semejante.

J. O. T.

BULLETIN GENERAL DE THERAPEUTIQUE, 1939, N° 4.

P. R. BIZE : **"Le facteur mental dans l'énurésie"** (El factor mental en la enuresis).—La fisiopatología de la enuresis ha dado lugar a una

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

serie de hipótesis que invocan para explicarla diversos factores orgánicos o hereditarios. El autor, por su parte, con numerosos argumentos, trata de demostrar que el factor mental tiene gran importancia en la patogenia de este trastorno. En primer lugar, expone los siguientes hechos : el carácter esencialmente nocturno de la afección, su desaparición en el momento de la pubertad, su curación espontánea aun en casos de coexistir malformación génito-urinaria y las circunstancias tan significativas de su aparición. En seguida hace el estudio de los diversos tipos mentales de los enfermos, estableciendo sus diferencias según que se trate de enuresis adquirida o de enuresis constitucional. Por otra parte, basándose en el hecho establecido de que este desorden no es estigma de debilidad mental, afirma que se trata más bien de variados trastornos de la afectividad. De aquí deduce una serie de consecuencias terapéuticas, esto es, la necesidad de un tratamiento profiláctico por la educación bien dirigida de los mecanismos de inhibición en los niños, los buenos resultados de la psicoterapia y la eficacia del tratamiento psicoanalítico.

León Mejía.

FORTSCHRITTE DER NEUROLOGIE PSYCHIATRIE UND IHRER GRENZGEBIETE, 1939, N° 7.

M. BLEULER : **"Erblichkeit und Erbprognose : Schizophrenie, manisch-depressives Irresein, Epilepsie, Durchschnittsbevoelkerung"** (Herencia y pronóstico heredológico : esquizofrenia, psicosis maníacodepresiva, epilepsia, término medio de la población).—Las investigaciones de F. J. Kallmann (sobre 1087 esquizofrénicos ingresados de 1893 a 1902 en un asilo de Berlín, que sirven de punto de partida a la investigación de 13851 personas) dan estos resultados respecto a los descendientes : los hijos de esquizofrénicos son esquizofrénicos en la proporción del 16,4%, con psicopatía esquizoide 32,6%. Si se considera otras psicosis, psicopatías y oligofrenias, 2/3 de los hijos de esquizofrénicos sufren compromiso en su salud mental. Los nietos de esquizofrénicos son esquizofrénicos el 4,3% ; psicópatas esquizoides 22,8% ; sanos sólo la mitad de los nietos. Hermanos esquizofrénicos 11,5% (Según Stroemgren, con otro material, del 6 al 8%). Otro resultado importante es que en las diversas formas de esquizofrenia varía la probabilidad de esquizofrénicos en los parientes. Kallmann distingue el "grupo nuclear"=hebefrenias y catatonías de curso grave, y el "grupo marginal"=paranoides y simplex (sin graves síntomas psicósicos pero con manifiesto déficit esquizofrénico en casos antiguos, de

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

más de 30 años). El grupo nuclear da más parientes esquizofrénicos que el marginal : el grupo nuclear da 20,9% de hermanos esquizofrénicos; el grupo marginal 10,4% de hermanos esquizofrénicos. Kallmann no acepta predisposición hereditaria distinta para las diversas formas de esquizofrenia. Según Conrad, la cifra de concordancia de gemelos univitelinos es de 64% ; de divitelinos 10%. Stroemgren encuentra la posibilidad de enfermos con esquizofrenia en la población general igual a 0.66% más o menos 0,1%. Slater, con un criterio diagnóstico extremadamente riguroso (en 3000 casos está seguro con ese criterio de que sólo 10% de los pacientes son indudablemente m-d.) investiga los padres de 252 casos de psicosis maníacodepresiva y los hijos en 138 casos. Son m-d. 12,8% (según el procedimiento, no abreviado, de Stroemgren : 22,2%) de los hijos de m-d., 13,19% personas de temple lábil y 9,3% psicópatas. Así 1/3 de los hijos de m-d. tiene psicosis o psicopatía. Los padres m-d. son m-d. en el 10,2%. Stroemgren encuentra entre los hermanos de m-d. 8 a 10% de m-d. Stroemgren encuentra la probabilidad de m-d. para la pobalción general igual a 0,20% más o menos 0,07%. Las recientes investigaciones acerca de los caracteres afines a la epilepsia excluyen de modo unánime el concepto "epiteleptoide". Conrad estudia 77 psicopáticos hijos de epilépticos genuinos : más psicópatas explosivos y de temple lábil entre los hijos de epilépticos esenciales que entre los hijos de epilépticos sintomáticos y los de delincuentes a repetición de Stumpfl. Conrad no encuentra tipos viscosos, como los que describe Mauz. Entre los psicópatas explosivos y de temple lábil, por una parte, y la epilepsia genuina, por otra parte, hay cierto parentesco constitucional, como entre la estructura corporal atlética y la epilepsia. Conrad no aecpta, empero, que la explosividad y el temple lábil correspondan a una disposición parcial de la epilepsia. Contrariamente a Conrad, Stauder, estudiando con el método de Rorschach el linaje de 9 epilépticos genuinos, encuentra el carácter viscoso, prolijo y pesado en los miembros de la familia no epilépticos. Y los reconoce representantes del círculo enequético de Mauz, por mostrar las características correspondientes, sobre todo la perseveración. Esto se complementa con los estudios de diagnóstico de Stauder, quien separa la alteración epiléptica esencial (con el síntoma fundamental de la perseveración), de la demencia (esta sólo se produciría por efecto de los ataques). Según Stroemgren, la probabilidad de epilepsia en la población general es 0,35% más o menos 0.07%.

H. D.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

HOSPITAL, 1938, N° 1.

A. BORGES FORTES e I. COSTA RODRIGUES : **"Meningioma do IV ventriculo"** (Meningioma del IV ventrículo).—El caso que comentan los autores es el de una niña de 14 años que persenta vértigos, cefalalgia occipital irradiada a la nuca y miembros superiores, nauseas, vómitos, ambliopía, hipertermia sin leucocitosis, posición anómala de la cabeza a la que mantiene inclinada hacia adelante y a la derecha, hipotonía muscular generalizada, compromiso de los pares craneales III, V, VI y VII, dismetría, asinergia y adiadococinesia bilaterales, Romberg positivo, marcha titubeante, somnolencia y cierto grado de confusión mental.—Raquimanometría de 90 al Claude, hiperalbuminosis sin pleocitosis y bloqueo alto demostrado por la prueba de Queckensted-Stookey.—Su estado se agrava rápidamente en 4 meses y fallece cuando se practicaba una craneotomía posterior. En la necropsia se encuentra un meduloblastoma del tamaño de un huevo de gallina, originario del vermes cerebeloso y desarrollado hacia el interior del IV ventrículo. Los autores, con motivo de este caso, hacen una revisión sintética de la sintomatología de los tumores del ventrículo bulbocerebeloso, recalcando la importancia clínica de las posiciones anómalas de la cabeza que adoptan los portadores de estas neoplasias, con el fin de combatir, inconscientemente, el bloqueo de los agujeros de Luschka y Magendie que les ocasiona graves trastornos. —Señalan también que entre los tumores del IV ventrículo los más frecuentes son los meduloblastomas, cuya malignidad es enorme, pues causan la muerte de los enfermos en un plazo no mayor de 15 meses.—Acompañan algunas fotografías en las que se aprecia con nitidez los caracteres de la neoplasia en cuestión.

Jorge Lazarte A.

JORNAL DE PEDIATRIA, 1938, t. V, N° 1.

I. CUNHA LOPES y A. BORGES FORTES : **"Epilepsia, sem feixes piramidais, microcefalia, porencefalia e agenesia do corpo caloso em una idiota com diplegia espasmódica"** (Epilepsia, agenesia piramidal, microcefalia, porencefalia y agenesia del cuerpo calloso en una idiota con diplejía espasmódica).—En una niña muerta a la edad de 5 años, presentando diplejía espasmódica, idiotez completa y crisis epilépticas típicas generalizadas, el estudio meticuloso del neuroeje mostró considerable porencefalia, agenesia del cuerpo calloso y de los fascículos piramidales, además de groseras anomalías citoarquitectó-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

nicas y de las fibras mielínicas, en los núcleos extrapiramidales y protuberanciales. Las formaciones infundíbulo-tuberianas estaban algo mejor desarrolladas, sin bien conservando el carácter de rudimentarias. Al comentar esta observación los A. A. son del parecer que la idiotez se debe a la porencefalia concomitante, que las crisis convulsivas son el resultado de reflejos partidos de los centros vegetativos hipotalámicos, que afectan al globus pallidus que es el centro motor por excelencia del sistema extrapiramidal, hecho que recalcan por considerarlo basado en una observación anátomo-clínica incontestable, pues tratándose de accesos convulsivos en ausencia de vías piramidales, es relevante el papel que corresponde en su génesis, a las formaciones infundíbulo-tuberianas bien desarrolladas; concluyen, pues, que es el caso de una epilepsia hipotalámica.

En lo referente a la causa de la porencefalia, son de parecer contrario al que la considera como el equivalente fetal de los reblandecimientos cerebrales del adulto, pues la ausencia concomitante del cuerpo calloso atestigua su producción antes del desarrollo del aparato circulatorio del feto; debe tratarse, por lo tanto, de una lesión más remota del plasma germinativo.

La agenesia de los fascículos piramidales les parece debida a las graves lesiones observadas en el telencéfalo, ya que este parece ser el centro que rige, en condiciones normales, el desarrollo y mielinización de la vía motora principal.

Se puede apreciar con claridad la naturaleza de las alteraciones señaladas en las fotografías y esquemas que acompañan a esta interesante publicación.

Jorge Lazarte A.

JOURNAL BELGE DE NEUROLOGIE ET DE PSYCHIATRIE, 1939, N° 5.

M. GROSS et G. GROSS-MAY : **"De certains accidents au cours de la cure de Cardiazol chez les schizophrénes"** (Ciertos accidentes en el curso de la cura de los esquizofrénicos por el Cardiazol).—Las estadísticas de diversos autores demuestran que la cura de la esquizofrenia por el Cardiazol no está exenta de complicaciones graves. El presente trabajo las agrupa de la manera siguiente : a) complicaciones de orden mecánico: fracturas de vértebras, del omóplato, del húmero, del fémur, etc.; luxaciones del hombro, del maxilar inferior; subluxaciones de los dientes; desgarros musculares que producen dolores reumatismales de la espalda y de la región lumbar. b) compli-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

caciones de orden cardio-vascular : síncopes, arritmia cardíaca, taquicardia, fibrilación auricular, hipertensión, bloqueo etc.; estas manifestaciones serían debidas a la acción del Cardiazol, ya que no se presentan en enfermos epilépticos. c) complicaciones de orden pulmonar : apnea prolongada, pleuresía intercurrente, infartos hemorrágicos, episodios febriles. En este lugar citan los autores el caso de un enfermo sometido a la cura mixta de Cardiazol-insulina, que al despertar de una crisis convulsiva experimenta dificultad de respirar, estado ansioso y dolor intenso en el hemitórax derecho; la radiografía descubre atelectasia pulmonar, producida seguramente por la formación de embolia o trombosis múltiple intrapulmonares; este accidente sería debido, entre otros factores, a la acción hemolítica de la solución hipertónica de Cardiazol. La trombosis intrapulmonar sería más frecuente de lo que se piensa; para evitarla emplean los autores una solución de Cardiazol al 10% en una solución de cloruro de sodio al 0.9%.

León Mejía.

JOURNAL OF MENTAL SCIENCE, 1939, N° 357.

MORTON A. RUBIN & LOUIS H. COHEN : **"A variability study of the normal and schizophrenia occipital alpha rhythm. II. The electro-encephalogram and imagery type"** (Un estudio de la variabilidad del rítmo alfa occipital de los normales y esquizofrénicos. II. El electro-encefalograma y el tipo imaginativo).—Recientemente ha demostrado Cohen que en los esquizofrénicos preponderan los tipos imaginativos kinestésico y tactil-térmico (tactual-temperature), en oposición a los sujetos normales en los cuales predominan los tipos imaginativos auditivo y visual. El tanto por ciento de tiempo alfa es el mismo para enfermos de tipo imaginativo kinestésico y normales, pero las variaciones de día en día son dos veces mayores en los primeros. El mismo factor en pacientes de tipo imaginativo tactil-térmico es significativamente más bajo que en pacientes normales, pero sus variaciones de día en día son las mismas. Se deduce que el tipo kinestésico ofrece una gran labilidad de la actividad autónoma del sistema nervioso central, y que en el tipo tactil-térmico dicha actividad no es labil sino reducida. La preponderancia de los tipos visual y auditivo de imaginación en los normales, y del kinestésico y tactil-termico en los esquizofrénicos indica, también, que la imaginación orientada hacia el mundo exterior en los primeros, se ha orientado hacia el mundo interior, o hacia el propio cuerpo, en los últimos. Este proce-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

so de regresión narcisística del esquizofrénico hace que los dos grupos de enfermos sean más homogéneos que los grupos normales. Es de gran importancia la presencia de atrofia cortical en esquizofrénicos que tenían un % de tiempo alfa sumamente bajo (Rubin). También Moore ha demostrado la atrofia cerebral del esquizofrénico gracias a la neumoencefalografía, lo cual significa que pocas neuronas corticales pueden contribuír al ritmo alfa. Se sustenta la hipótesis que la labilidad del sistema nervioso central es diferente bajo diferentes condiciones de la esquizofrenia.

C. G. N.

JOURNAL OF NERVOUS AND MENTAL DISEASE, 1939, N° 5 y 6.

HONORIO DELGADO : **"Treatment of Schizophrenia with Cardiazol in convulsant doses"** (Tratamiento de la esquizofrenia con Cardiazol a dosis convulsivante).—Refiere en este trabajo el autor los resultados de sus primeras investigaciones sobre el tratamiento de la esquizofrenia con Cardiazol. Examina en primer término los fundamentos del método; luego, la técnica del tratamiento, el carácter del ataque convulsivo y sus efectos inmediatos, las contraindicaciones y los resultados obtenidos hasta entonces (1937) por diversos autores. La contribución personal consiste en quince casos, cuyos historiales son referidos minuciosamente, con los siguientes resultados : en los casos recientes 7 remisiones completas en un total de 8; en los casos antiguos, con duración de enfermedad que pasa de año y medio, 2 remisiones completas en un total de 7 casos. Muy importante es la observación acerca del aumento de peso corporal consecutivo al tratamiento. Encuentra posible la aplicación del método en domicilio y recomienda la aplicación prolongada (hasta 30 ataques) en los casos en que sea necesario.

C. G. N.

NEUROBIOLOGIA, 1939, N° 1.

R. RIBEIRO y A. DI LASCIO : **"Choque protraído grave durante o tratamento de Sakel".** (Grave shock ocurrido durante el tratamiento de Sakel).—Refieren los autores el caso de un paciente esquizofrénico que sufre un grave shock insulínico, a pesar de la previa administración de glucosa. Se destacan en el curso del mismo intensas convulsiones tónicas que se suscitan, incluso, por estímulos externos. En el día siguiente persiste el coma sin convulsiones, y en los subsiguientes se inicia la mejoría. Los autores indican que las alteraciones motoras

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

dinámicas (movimientos variados) son de origen cortical. Se explica el accidente por un estado de hiperinsulinismo por sensibilización del organismo. En la terapéutica, señalan la importancia de mantener las funciones vitales (corazón, hígado, riñones y pulmones).

C. G. N.

NOTE E RIVISTE DI PSICHIATRIA, 1939, N° 2.

GIORGIO SOGLIANI : **"Reperti clinici ed ematologici in ammalati trattati con l'acceso convulsivo elettrico e con quello cardiazolico".** (Reseña clínica y hematológica de enfermos tratados con el acceso convulsivo eléctrico y con el cardiazólico). — Los métodos para provocar el ataque convulsivo, en el tratamiento de las enfermedades mentales, se vienen multiplicando; basta recordar el de von Meduna, el de Fiamberti (por inyección endovenosa de acetilcolina), el de Bertolani (por inyección endovenosa de cloruro de amonio), y el electro-shock, ideado por Cerletti y Bini. El autor ofrece un estudio comparativo del ataque por el cardiazol y del ataque eléctrico y concluye afirmando que tienen las mismas características clínicas y hematológicas. De aquí deduce que el mecanismo de acción de la "electroshockterapia" es semejante en todo al mecanismo de la cardiazolterapia. También los resultados terapéuticos se parecen. Según la hipótesis de Sogliani ambos métodos presentan un idéntico mecanismo de acción.

C. G. N.

OSPEDALE PSICHIATRICO, 1939, N° 1.

GIUSEPPE PELLACANI : **"Realizzazioni e aspirazioni nella cura e profilassi della criminalitá minorile"** (Realizaciones y aspiraciones en la cura y profilaxis de la criminalidad infantil).—La criminalidad infantil es debida en la gran mayoría de los casos a la influencia de factores ambientales malsanos sobre la personalidad en formación. Aunque existe una verdadera anormalidad del carácter, ésta debe considerarse sólo como un factor predisponente en la génesis de los actos delictuosos, susceptible de corrección. Pero aun tratándose de la criminalidad verdadera es posible la curación si el individuo es atendido convenientemente, en la etapa evolutiva del trastorno de la conducta, con criterio médico y psicopedagógico y no con medidas expiatorias de reclusión y castigo; en esa forma puede lograrse una acción curativa y hasta profiláctica. En todo caso se impone, pues, la orientación señalada, cuya práctica ya ha dado buenos frutos. El autor pasa en

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

revista las medidas sociales y de orden legislativo adoptadas en diversos países, entre las que se destacan la ley sobre la Obra Nacional de la Maternidad y de la Infancia y la institución de Tribunales para menores en Italia.

León Mejía.

PSYCHIATRIC QUARTERLY, 1939, N° 3.

HORATIO M. POLLOCK : **"A statistical study of 1,140 dementia praecox patients treated with metrazol"** (Estudio estadístico de 1140 pacientes de demencia precoz tratados con Cardiazol). — A fines de 1937 se comienza a tratar con Cardiazol a dementes precoces seleccionados en algunos hospitales del Estado de Nueva York. La aplicación se hace después en 16 hospitales. Se ensaya diversos tipos de tratamiento; en algunos casos se asocia alcanfor al Cardiazol (en EE. UU. está patentado como "Metrazol"); en otros se combina la cura con insulina. Estos últimos casos son excluídos de la investigación a que se refiere el trabajo, cuyo objeto es precisar el resultado de la cura con Cardiazol y compararlo con el obtenido por el empleo de la insulina. El resultado varía mucho según los hospitales; así, mientras sanan 6 de 14 pacientes en el Instituto Psiquiátrico, no sana ninguno de los 275 enfermos del hospital de Rockland. Comparado el conjunto de los efectos—18 remisiones, 113 mejorías notables, 279 mejorías, 6 defunciones—con los mil casos tratados con insulina y con un grupo testigo de pacientes sin tratamiento alguno, P. concluye que "no parece que el Cardiazol dé mejores resultados que los obtenidos previamente sin tratamiento medicamentoso especial". Sin embargo, agrega: "Esta conclusión no implica que el Cardiazol carece de valor. En ciertos casos parece producir notables resultados". El índice de remisiones para el Cardiazol es de 1,6, para la insulina 12,9, para el grupo testigo 11,2; el de no modificados es de 63,5—33,4— 65,8, respectivamente; y el de mortalidad : 0,5— 3,5—4,6, respectivamente. Respecto de la forma de esquizofrenia, los pacientes catatónicos y paranoides muestran mejor influencia que los hebefrénicos. Respecto de la edad, los pacientes de menos de 25 años son los que más benefician. En lo atañedero a la duración de la psicosis antes del tratamiento, de los 135 casos de 6 meses o menos tienen remisión sólo 13 y notable mejoría 42, ninguna defunción. Fuera de este grupo se produce la remisión sólo en 5 casos. Según la duración del tratamiento los casos se distribuyen en la forma siguiente : 396 reciben tratamiento desde menos de 10 hasta 39 días, 663 de 40 a 79, 57 de 80 a 99 y sólo 24 de más

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

de 100 días. Complicaciones del tratamiento en 87 casos: 57 luxaciones del maxilar, 1 fractura del maxilar, 10 luxaciones del hombro, 2 fracturas "de los brazos y el hombro" (**sic**), 5 fracturas "de las piernas" (**sic**).—El resultado terapéutico obtenido con el Cardiazol en el Estado de Nueva York no puede ser más insatisfactorio que lo muestran las cifras mencionadas. Aunque los datos de este trabajo de P. son insuficientes por faltar lo principal—el número de ataques provocados en los diversos grupos de pacientes—ya nos muestran una deficiencia técnica fundamental, que explica en gran parte los malos resultados. Según las indicaciones primitivas de von Meduna, el tratamiento no se puede dar por terminado mientras no se suscite 20 ataques. Y 20 ataques no se podían determinar en menos de 80 días, teniendo en cuenta que, según esas indicaciones, cuando fallaba una inyección había que esperar al día siguiente o subsiguiente para hacer la nueva aplicación, que también podía fallar, y así no siempre se lograba producir 2 ataques por semana. En segundo lugar, después de la publicación de von Meduna : **"Ueber die haeufigsten Fehler bei der Konvulsionstherapie",** publicado en los números 8 y 9 de la **Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift,** aparecidos en 19 y 26 de febrero de 1938 (que analizamos en el N° 2 del t. I de esta **Revista),** el tratamiento debe prolongarse en los casos reacios hasta producir 30 ataques, o sea, por lo menos, 105 días. Con la modificación de la técnica, cuando falla una inyección, se repite inmediatamente con dosis mayor, pudiendo pasarse el doble de la dosis máxima antes respetada. Ahora bien, según la declaración de P., el tratamiento con Cardiazol se inicia en los hospitales del Estado de Nueva York a fines de 1937—lo cual indica que, prácticamente, todos los casos reacios o la inmensa mayoría de ellos han podido ser tratados según la nueva técnica (que aquí aplicamos desde fines de marzo de 1938). Con esto resalta como evidente que de los 1140 casos únicamente 24 han recibido aplicaciones de Cardiazol en más de 100 días, lo que equivale a decir que casi en el 98% de los esquizofrénicos no se ha prolongado suficientemente el tratamiento. Si consideramos el límite según las indicaciones válidas hasta marzo de 1938, de los 1140 esquizofrénicos en cuestión sólo han terminado la cura de 20 ataques 81, o sea que más del 93% del total de los casos ha recibido una curación notoriamente insuficiente. He ahí explicado en parte el fracaso del método en ese inmenso número de casos. Conviene agregar además que el número de crónicos es

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

muy grande : la psicosis tiene una duración entre 1 y 20 años en 942 casos, esto es, sólo algo más del 17% es de casos de menos de un año de psicosis.

H. D.

RASSEGNA DI STUDI PSICHIATRICI, 1939, N° 1.

GUGLIELMO COLOGNESE : **"Un nuovo convulsivante in terapia psichiatrica : l'amide etilica dell'acido ortoftalico (Carboran)"** (Un nuevo convulsivante en la terapéutica psiquiátrica : la amida etílica del ácido ortoftálico : Carboran).—El Carboran, que el autor propone como sucedáneo del Cardiazol, es un compuesto nitrogenado, de acción excitante y analéptica sobre el sistema nervioso central. A la dosis de 4 cc., en solución al 5%, por vía endovenosa, produce tos y convulsiones. El autor considera que ofrece algunas ventajas sobre el Cardiazol, sobre todo en los casos en que se presente parálisis postconvulsiva de la respiración.

C. G. N.

REVISTA NEUROLOGICA DE BUENOS AIRES, 1938, t. III, N° 3.

A. GAREISO, J. PEREYRA KAFER, E. PEDACE y L. RASKOVSKY : **"Leucoencéfalo-esclerosis centrolobar, simétrica, primitiva y progresiva".**—Después de hacer un resumen de las publicaciones que en Suramérica se han hecho sobre esta enfermedad, se ocupan los A. A. del caso de un niño que hasta los 9 años desarrolla normalmente en los aspectos físico y mental. En 1934 sufre una insolación con hipertermia y estado comatoso que dura dos días y poco después enferma con rubeola curando, sin embargo, prontamente. En 1936 exterioriza algunos cambios de carácter y se torna olvidadizo, distraído e indiferente; mentalmente decae con rapidez y pierde los conocimientos escolares adquiridos hasta entonces, acentuándose las perturbaciones amnésicas y afectivas hasta llevarlo al estado de indiferencia absoluta y gatismo. Su estado físico también se altera y presenta al examen inestabilidad coreiforme, hipotonía muscular en los miembros inferiores, exaltación de algunos reflejos tendinosos y osteoperiósticos, cutáneos plantares en abanico, neuritis óptica bilateral con ceguera casi completa, marcha imposible de verificarse por sus propios medios y aún con ayuda es saltona y titubeante, palabra lenta, escandida, llegando a la mudez en poco tiempo, estado psíquico demencial. En Junio de 1937, estando casi caquéctico, sufre un proceso pulmonar agudo por cuya causa fallece. Por encontrarse en su sintomatología

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

la triada propia de la enfermedad de Schilder, (pérdida progresiva de la visión de tipo cerebral, parálisis espástica progresiva y decadencia mental progresiva), los autores hicieron el diagnóstico clínico de esta afección aun cuando era el primer caso de observación personal. Por el estudio anátomo-patológico del encéfalo, que revela un proceso de desmielinización centrolobar simétrico, predominante en la región occípito-parietal, con esclerosis neuróglica secundaria, hallándose conservadas las fibras en U, los A.A. concluyen que se trata de un caso de "Leucoencéfaloesclerosis centrolobar simétrica, progresiva y primitiva". Hacen hincapié en el hecho de que no existen signos inflamatorios en las zonas en que el proceso comienza a manifestarse, por lo que se inclinan a aceptar la encefalosis primitiva. Al hacer consideraciones de orden histofisiopatológico, después de enumerar y discutir las teorías más aceptadas, afirman el criterio de Chr. Jakob, cuya teoría degenerativa con fenómenos secundarios inflamatorios de reabsorción y granulación gliofibrilar, les parece más de acuerdo con lo observado en el interesante caso que motiva esta publicación, que está profusamente documentada con microfotografías que permiten formarse un concepto cabal de las lesiones encefálicas encontradas.

Jorge Lazarte A.

REVUE NEUROLOGIQUE, 1938, t. 70, N° 2.

J. DE BUSSCHER, H. J. SCHERER y F. THOMAS : **"La méningite á Torula"** (La meningitis á Torula).—Basándose en un caso anatomoclínico, particularmente neto, los autores vierten esta interesante contribución al estudio de las localizaciones nerviosas de las infecciones a seudo-levaduras. La torulosis humana, de la que se registra una cincuentena de observaciones ha sido bien estudiada por W. Freeman, y es una afección esencialmente meningea (50 % de los casos) o encefálica, pero puede interesar también frecuentemente los pulmones. Desde el punto de vista clínico se caracteriza por : cefalea, progresivamente más tenaz y más grave, rigidez dolorosa de la nuca, dolores musculares en las extremidades, vómitos particularmente violentos; además existen : disturbios del sueño y de la vista, diplopia, disturbios mentales a tipo confusional. El cuadro sintomático no se acompaña de modificaciones del estado general, de la temperatura ni de los excreta. Desde el punto de vista anatómico la torula infiltra las meninges y a veces el encéfalo sin provocar jamás reacción purulenta, y generalmente sin reacción tisular; esta meningitis crónica se

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

caracteriza por la presencia de corpúsculos extraños que son los elementos micósicos, éstos son de dimensión y forma variables, provistos de una cápsula y de una corona de prolongamientos radiantes.

J. TINEL : **"Un cas de rage humaine"** (Un caso de rabia humana).—Una mujer de 61 años presenta bruscamente, 8 meses después de haber sido mordida por un perro rabioso y de haber sido vacunada (32 inyecciones) en el Instituto Pasteur de Bucarest, un cuadro de gran ansiedad y angustia que aumentan progresivamente al mismo tiempo que aparece el **espasmo hidrofóbico;** muerte 36 horas después. El examen histológico muestra un polimorfismo lesional verdaderamente notable: en el asta de Ammon, en el cerebelo existen cuerpos de Negri intracelulares, grandes y pequeños, sin reacción inflamatoria. En el hipocampo los cuerpos de Negri, muy pequeños, determinan intensa reacción inflamatoria; en los ganglios raquídeos, ausencia de Corpúsculos de Negri, pero grandes lesiones celulares que reproducen todos los grados y variedades de cromatolisis y neuronofagia. La medula y bulbo, aunque alterados, no muestran sino lesiones banales de cromatosis, vasodilatación y discreta reacción inflamatoria. Se trata de un ejemplo de "pathoclisis regional" o sea la variedad de lesiones que determina un mismo agente infeccioso en las diferentes regiones del eje cerebroespinal, en acuerdo probable con la naturaleza y funciones de cada una de ellas.

J. O. T.

RIVISTA DI NEUROLOGIA, 1939, t. XII, N° 1.

G. PANSINI y S. CACCURI : **"Contributo alla conoscenza delle sindromi nervose da malaria"** (Contribución al estudio de los síndromes nerviosos de la malaria).—Después de recordar los principales trabajos, particularmente la labor de los investigadores italianos, el autor publica ocho nuevas observaciones de síndromes nerviosos dependientes de la malaria. Un caso de polineuritis del ciático popliteo externo izquierdo, otro del ciático popliteo externo derecho. En un paciente se trata de polineuritis en el que se encuentran particularmente afectados el ciático popliteo externo y el cubital (parcialmente), en otra observación existe polineuritis que interesa el plexo braquial derecho. Dos síndromes parkinsonianos. Una historia de hemiparesia derecha debida a trombosis. Un caso de síndrome neurosíquico que había hecho pensar en una esclerosis diseminada, pero el diagnóstico de esta afección fué descartado por la ausencia del signo de Babinski, de pa-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

restesias, de paresia espástica y de las típicas modificaciones de la palabra. En todos los casos las perturbaciones se han presentado durante el acceso malárico,que éste sea primitivo o se trate de recaída. El parásito encontrado la mayor parte de las veces fué el plasmodium vivax. El autor discute los casos publicados anteriormente e insiste sobre el hecho de que es necesario tener en cuenta en la patogénesis más a las lesiones vasculares determinadas por el parásito que al factor tóxico.

M. Méndez.

ZEITSCHRIFT FÜR ALTERSFORSCHUNG, 1939, t. I, N° 3.

HANS W. GRUHLE : **"Der Einfluss des Alterns auf den Ablauf seelischer Stoerungen"** (Influencia de la vejez sobre el curso de los desórdenes mentales).—Contra la propensión a ver en lo mórbido sólo manifestaciones de déficit, G. insiste en que a menudo se trata de un cambio del modo de ser. Esto mismo ocurre en las perturbaciones mentales del senium, que son demasiado complejas para poder reducirlas a meras pérdidas o lesiones localizadas en determinadas zonas de la corteza cerebral. En este trabajo G. se ocupa de las psicosis no específicamente seniles, sino de las particularidades de las otras psicosis y desórdenes cuando se presentan en sujetos de edad avanzada. La melancolía de involución aparece de ordinario entre los 46 y 55 años en sujetos cuya historia no muestra crisis anteriores de psicosis maníacodepresiva. Su cuadro clínico se diferencia por la debilidad o ausencia de inhibición, mientras que la melancolía en sujetos de edad menos avanzada rara vez carece de este aspecto de la depresión. Por eso a menudo la melancolía de involución, aunque improductiva, es agitada, con quejas incesantes, exagerada desesperación, desasosiego psicomotor monótono. La duración también es diferente, mucho más prolongada que la melancolía en otra edad : rara vez dura menos de un año, con frecuencia varios años. A veces no hay restitución completa sino la secuela de un debilitamiento cerebral a causa de complicaciones arterioesclerósicas. Desde el punto de vista genético, suscita dudas acerca de la identidad de esta psicosis con la maníacodepresiva el hecho de que se presenta con igual frecuencia en regiones en que la psicosis maníacodepresiva tiene manifestación cuantitativa muy desemejante. Se señala también una manía senil en sujetos sin pasado psicósico, que ocurre a partir de los 60 años, sin mezcla de alteraciones seniles. También está por determinar si esta psicosis está relacionada con la herencia de la psicosis ma-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

níacodepresiva. Los síntomas de la esquizofrenia varían en relación con la edad en que se presenta la psicosis; cuando esto ocurre en la madurez, cuando la personalidad se ha consolidado, ya no se presentan síntomas de disgregación. Hay que considerar, sin embargo, cierto número de enfermos en los cuales después de los 40 y sobre todo de los 45 años surgen bruscamente delusiones. Llama la atención que esto sea condicionado por circunstancias exteriores que hacen difícil la buena adaptación del sujeto. G. considera que está por averiguarse si la situación obra como factor causal estricto. Ya Kraepelin había observado que la esquizofrenia que surge a cierta edad rara vez presenta síntomas catatónicos, anormalidades motoras y pensamiento embrollado, destacándose, más bien, las delusiones. A tales pacientes cuando presentan abundantes alucinaciones Kraepelin los diagnostica como casos de esquizofrenia tardía y a los que carecen de pseudopercepciones los bautiza como casos de delusión presenil. Siguiendo a Kleist, se usa el término de paranoia de involución para los últimos. La edad modifica en muchos casos el cuadro clínico de la esquizofrenia iniciada en la juventud. En efecto, se observa a veces que los pacientes al envejecer se relacionan con el ambiente, se hacen accesibles y hasta muestran cierto humorismo respecto de sus síntomas. Con respecto a la epilepsia, en muchos casos produce una decadencia mental incontenible, una demencia aperceptiva, a la que nada cambia la influencia de la involución. En otros casos de epilepsia se observa que el progreso de la edad atenúa las explosiones. Después de los 45 años disminuye claramente la necesidad de internación de los epilépticos asociales. Asimismo, con la edad avanzada disminuye la frecuencia de los ataques. La duración de la vida de los epilépticos es corta : se calcula que el término medio es 15 años menor que el de la población general. Se ha verificado en los EE. UU. que el 50% de los epilépticos muere entre los 16 y 29 años : en el 47% de estos casos la causa de la muerte es la epilepsia misma (Munson). En el asilo de Sajonia, R. Hahn ha verificado que el 30% de los epilépticos muere en ataque o en **status epilepticus.** Después de los 40 años prácticamente nunca se inicia la epilepsia genuina. La epilepsia tardía es efecto de la arterioesclerosis o del alcoholismo. Con respecto a las psicosis exógenas, se sabe que la parálisis general rara vez se presenta después de los 50 años. El alcoholismo ofrece sus cuadros clínicos principalmente después de los 40 años. A ello contribuye — además de los cambios y cargas en la vida exterior del sujeto— la mengua de la tolerancia del organismo para el alcohol a partir del

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

quinto decenio. A partir de los 55 años se tolera mal la narcosis, por eso se observa después de las operaciones quirúrgicas perturbaciones psíquicas, a veces semejantes a las del síndrome amnésico de Korsakoff, con sus confabulaciones. La capacidad de la memoria de fijación es débil en algunos casos durante meses. En la cura con insulina después de los 45 años se observa también el síndrome de Korsakoff, de duración a veces prolongada. Finalmente, las perturbaciones psicopáticas se atenúan después de los 50 años; disminuyen los delitos de los eréticos; en muchos psicópatas se hace posible el matrimonio sólo en la madurez. Sin embargo, aquellos en cuyo carácter son marcados los rasgos hipomaníacos, conservan su actividad a despecho de la involución. Las reacciones psicopáticas (ataques histéricos, crisis de gritos, llanto o risa) se hacen raras con la edad; la poriomanía y los destemples epileptoideos dejan de presentarse. Por el contrario, suelen acentuarse o surgir las obsesiones y fobias; la hipocondría se presenta a menudo después de los 40 años. A la edad en que declina la sexualidad se presenta en ciertas personalidades una exaltación y hasta perversiones del apetito genésico, sobre todo en el alcoholismo crónico y en el senium precoz. También aumentan las reacciones psicógenas con fin utilitario (neurosis de accidente, neurosis de renta). La llamada psicosis querellante, según las investigaciones de Kurt Kolle, se presentan con más frecuencia entre los 30 y 50 años, después son escasas, aunque menos raras que antes de los 30. Parece que son curables antes de los 35, incurables después.

H. D.

ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHISCHE HYGIENE, 1939, N° 3.

K. POHLISCH : **"Prophylaxe des Rauschgiftmissbrauchs"** (Profilaxia del abuso de estupefacientes).—Para conocer las condiciones favorables a la génesis de la toxicomanía es necesario aplicar los métodos estadísticos, psicológicos, clínicos, heredológicos y de higiene de la raza. Sólo el conjunto de los resultados puede dar una imagen cabal. Es innegable que la constitución, la psicopatía, tiene importancia principal, sin dejar de reconocer las influencias del medio. Es unilateral e insuficiente interpretar los hechos con sólo la teoría psicoanalítica o la de la psicología individual. Con el concepto de neurosis no se avanza en el conocimiento de las condiciones reales. A veces lo que en esta esfera se cree comprender de manera psicológica resulta ser biopatológico. No se puede comprender psicológicamente el hecho biológico de que los individuos prefieran determinado agente

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

tóxico, el alcohol, por ejemplo. Se comete también el error, tratándose del alcohol, de tomarlo sólo como agente de embriaguez o vicio. También es un agente de placer; ni el abuso implica forzosamente la necesidad de embriagarse. Entre las múltiples condiciones externas del abuso del alcohol deben mencionarse : el precio de las bebidas, la situación económica y hasta cierto punto las costumbres. Las particularidades constitucionales del bebedor determinan de manera principal el abuso de tales costumbres. La estructura de la personalidad del alcoholista resalta frente a la del morfinómano. Rara vez el mismo individuo tiene ambos vicios. La abstinencia forzada de los alcoholistas durante la guerra no los convirtió en morfinómanos. El morfinómano es sensible, quejumbroso, blando. En su familia se encuentra con frecuencia los mismos rasgos de carácter y la morfinomanía— lo que prueba la influencia hereditaria. (El autor no menciona las características de la personalidad del alcohólico). La influencia de la raza se demuestra con el hecho de que en los judíos de los diversos países el morfinismo es muy frecuente— sobre todo entre los médicos—y el alcoholismo es raro, aunque en ciertos lugares (Polonia) el tráfico de alcoholes está en sus manos. Tal influencia se muestra también en la predilección de los mahometanos por el haschisch, los chinos por el opio, los europeos pore l alcohol, los autóctonos de Sud América por la coca. El aumento del cocainismo y del morfinismo durante la Guerra Europea y después de ella se debe a la conmoción política y económica y su uso fué principalmente entre los psicópatas de las grandes ciudades—pero no fué un sustituto del uso y abuso del alcohol. Como nueva toxicomanía ha aparecido el abuso crónico de los narcóticos (veronal, fanodormo, luminal etc.), abuso debido a causas comprensibles las más veces, que se convierte en toxicomanía con el uso prolongado, que implica aumento progresivo de la dosis. El tipo correspondiente de personalidad es semejante al del morfinómano.

H. D.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

SOCIEDAD DE NEURO-PSIQUIATRIA Y MEDICINA LEGAL

Sesión del 5 de julio de 1939

J. O. TRELLES y MARIO MENDEZ : **Sobre cuatro casos de síndrome de Stewart-Morel (Hiperostosis Frontal Interna).**—(Aparece como trabajo original en este número, pág. 342).

Discusión : El doctor Gonzáles Olaechea preguntó si, como en la observación III, no sería luética la etiología de esta enfermedad.

El doctor Trelles piensa que no es así, pues la lúes no está presente en todos los casos.

El doctor Soto precisa los caracteres radiológicos de la hiperostosis frontal interna.

FEDERICO SAL Y ROSAS y CAMILO DONGO : **El intervalo pre-convulsivo cardiazólico en los epilépticos.**— Los autores han precisado el tiempo que existe entre el momento en que se pone la inyeección convulsivante y la aparición de las convulsiones, en oposición a lo que podría suponerse a priori, ese intervalo es más prolongado en los epilépticos que en los sujetos no epilépticos. Este retardo de la respuesta motriz parece revelar una propiedad privativa de la epilepsia, tanto más grande cuanto más profunda es la "epileptización", como puede verse por el hecho de que alcanza el máximun en la epilepsia esencial y el mínimun en la sintomática. La observación se ha realizado en 30 epilépticos y 42 no epilépticos, con un total de 557 ataques.

Discusión : El doctor Gutiérrez-Noriega confirma la exactitud del dato, pues lo ha comprobado en algunos pacientes.

El doctor Trelles preguntó cómo explicar el hecho que el ataque por el Cardiazol en el epiléptico viniese en mayor tiempo que en el no epiléptico.

El doctor Sal y Rosas dá algunas ideas propias a las que señala su no objetividad .

El doctor Delgado expone que esto quizás se debe a la lentitud misma de los procesos cerebrales en los epilépticos, lentitud que se traduce clínicamente por la mentalidad dicha viscosa y que se puede objetivar en los electroencéfalogramas.

CARLOS KRUMDIECK : **El cardiazol en la parálisis infantil.**— El autor presenta dos casos en que ha empleado el Cardiazol a dosis convulsivante con resultado terapéutico satisfactorio y en los que ha podido igualmente apreciar la utilidad pronóstica que puede tener, pues permite realizar un diagnóstico de los músculos paralizados como se puede ver en el film proyectado.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Sesión del 9 de agosto de 1939

J. O. TRELLES y MARIO MENDEZ : **Caso clínico de Síndrome de Cecile Vogt (Estado marmóreo del estriatum).**—Presentación de un joven de 18 años en quien evoluciona, desde los primeros años de la vida, un síndrome estriado puro, caracterizado por movimientos involuntarios espontáneos de tipo atetósico, con un componente coréico discreto, que aumentan con las emociones, la acción y desaparecen durante el sueño; existe además hipotonia muscular y disartria marcada. El cuadro clínico ha disminuido de intensidad en los últimos años. Después de eliminar las diversas afecciones posibles, los autores concluyen que se trata probablemente de un estado marmóreo del estriado o síndrome de C. Vogt.

Discusión : El doctor Gonzales Olaechea insiste en la diferente expresión que tienen a veces las mismas lesiones, produciendo ya sea la corea, ya la atetosis, ya combinándolas.

El doctor Encinas, recuerda cuán difícil es hacer un diagnóstico clínico exacto en ciertas afecciones estriadas y las sorpresas que guarda a veces el estudio anatómico.

El doctor Trelles piensa que hay que tener en cuenta la naturaleza, extensión y calidad de la lesión, además también la edad en que sobreviene la lesión.

OSCAR SOTO : **Diagnóstico radiológico y diferencial de la hiperostosis frontal interna.**—(Aparece como trabajo original en este número, pág. 325).

MAX GONZALES OLAECHEA : **Meningitis neumocócica y su tratamiento.**—Después de recordar las diferentes etapas por que ha atravesado la terapéutica de esta afección y las esperanzas y desilusiones que han traído los diversos métodos propuestos, el autor insiste que la etapa de la seroterapia debe ceder el paso a la quimioterapia con los derivados de la sulfanilamida. Apoya su conclusión en la observación de un paciente con una meningitis neumocócica típica, sometido a un tratamiento intensivo, aunque desgraciadamente tardío, con la sulfanilamida piridinada (dagenan) en quien se asistió a una remisión pasajera de la enfermedad cuya evolución se prolongó largamente. Conviene pues, ensayar estos nuevos derivados en forma precoz e intensiva.

Discusión : El doctor Voto Bernales refiere un caso tenido en su servicio, de meningitis neumocócica sobrevenida después de una operación nasal, y que con el tratamiento por el "dagenan" en altas dosis, por vía oral, se consiguió prolongar algunos días la vida del enfermo. Indica la posible ventaja de usar esta substancia como preventivo de tales complicaciones cuando haya operaciones en las vías nasales.

El doctor Sergio Bernales piensa en la ventaja de emplear altas dosis y de modo precoz, acompañando el tratamiento por los sueros antineumocócicos correspondientes al neumococo en causa. Recomienda el tema a la Sociedad, teniendo en cuenta el carácter grave de la enfermedad.

El doctor Stiglich refiere dos casos semejantes, el primer enfermo salió del coma, aunque murió breves días después; el otro alcanzó hasta tres semanas de vida.

HONORIO DELGADO : **El sulfato de benzedrina en la melancolía.**—El sulfato de benzedrina (sulfato de bencil-metil-carbinamina) es eficaz en la me-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

lancolía como tratamiento sintomático. Entre los casos tratados es digno de consideración especial uno en el cual el agente obra "como" verdadera medicación específica. Es un paciente que ha tenido tres fases depresivas, las dos últimas de más de año y medio de duración. En la cuarta se aplica Photodyn (hematoporfirina), acetilcolina, codeína, estricnina (hasta llegar a la dosis tóxica), Pervitin (hidrocloruro de fenil-metileno-propan) y Cardiazol. Sólo este último agente produce mejoría notable, con 30 ataques convulsivos; los demás o son mal tolerados o ineficaces. Con un cuarto de tableta (2,5mgr.) de sulfato de benzedrina se produce el primer día una trasformación del cuadro clínico, que mejora rápidamente con el aumento progresivo de la dosis (máxima una tableta de 0,010 gr.), hasta hacerse innecesaria la administración después de un mes. Remisión completa que se mantiene desde hace dos meses, con un año de duración de la fase melancólica.

Discusión: El doctor Gonzales Olaechea dice haber empleado esta substancia y a dosis mínimas en el tratamiento de otra enfermedad, pero que por los sudores tan profusos que se presentaron se vió precisado a suspender la medicación.

Sesión del 7 de septiembre de 1939

En esta sesión fué incorporado el doctor **Gregorio Marañón** como Miembro Honorario a la Sociedad de Neuro-Psiquiatría y Medicina Legal.

El Presidente, doctor Honorio Delgado, pronunció el discurso de incorporación en los siguientes términos:

Entre las transformaciones de gran momento que la suerte ha deparado al espíritu de nuestra generación se destaca en medicina el renacimiento del criterio sintético. Contra la manera de pensar que sólo aisla las manifestaciones morbosas, como si fuesen injurias localizadas o entidades entrometidas, se afirma, cada vez con más resolución, el modo de ver unitario y funcional: el organismo en tanto que generador y realizador de la enfermedad, que promueve todos los recursos convenientes, no sin eventuales desarmonías. En consecuencia, el médico no presta atención a las partes sino en la medida que interesan a la inteligencia y a la ayuda del todo: el ser humano. Tal porte neohipocrático es el que admiramos como muestra relevante en el Doctor Don Gregorio Marañón. Por eso, y gracias a su talento excepcional, es especialista en muchas cosas, incluso en neuropsiquiatría.

La endocrinología se relaciona estrechamente con la neuropsiquiatría tanto por que ambas disciplinas estudian los dinamismos principales de la regulación orgánica cuanto por que la actividad de las glándulas de secreción interna es influída por la vida mental y a su vez repercute sobre ésta. El propio Doctor Marañón ha aportado prueba elegante de este aserto con sus célebres experimentos sobre la emoción y con sus ulteriores investigaciones acerca de lo que llama el "síndrome vegetativo de la emoción". Asimismo, sus recientes observaciones relativas al efecto de la hipófisis, el bazo y el timo sobre las distrofias musculares abren una perspectiva nueva en las fronteras de la regulación endocrina y nerviosa.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

En materia de tratamiento y profilaxia, la endocrinología y la neuropsiquiatría se dan la mano a menudo, como en fisiopatología. A este respecto no enumeraremos las muchas contribuciones originales de Don Gregorio, por ser bien conocidas. Bastaría para darle fama su libro innovador **La edad crítica**, y para conquistarle simpatía y respeto su aprecio de la psicoterapia en los desórdenes somáticos.

La endocrinología también colabora hoy en forma especial con la psiquiatría en lo que respecta a los métodos nuevos de tratamiento de la esquizofrenia, uno de los cuales, como se sabe, consiste en la aplicación de una hormona, la insulina. No cabe duda de que en el proceso restaurador logrado con los dos procedimientos interviene el metabolismo de manera principal. Hacemos votos, Profesor Marañón, por que tras vuestra etapa de maestro viajero, de **periodeuta** a la manera de Hipócrates, que nos ha obsequiado con la fiesta inolvidable de vuestra visita, queráis dedicar vuestra acucia científica a la investigación de los problemas que plantea el proceso de la curación de la esquizofrenia.

Alguna vez el Doctor Marañón se ha referido a la psiquiatría como "la ciencia más sutil: la de conocer el alma nuestra y la de nuestros semejantes en el gran espejo aleccionador del alma de los locos". Podemos asegurar que la contemplación serena de ese espejo le ha permitido además una actitud que es lección digna de alabanza. Nos referimos a la rectitud de juicio al estudiar los personajes que ha escogido como tema de sus patografías. No ha incurrido en la desmesura hermenéutica que tuvo su apogeo a fines del siglo pasado y a principios del actual. Interpretar en términos de patología o de valores biológicos negativos la santidad, el heroísmo, el genio y en general lo grande y excepcional de los hombres que se destacan en la historia acusa estrechez de criterio, deficiencia de cultura, ceguera frente a las esencias espirituales, cuando no algo peor. Aunque todavía no son pocos los estudios que obedeciendo a una leal intención traducen unilateralidad de la manera de ver los hechos, por fortuna, disminuye la estampa de patografías tendenciosas en la producción psiquiátrica del presente. Acaso contribuye a ello el conocimiento, cada vez más difundido, de la psicología del resentimiento, que hace sospechar el afán de nivelación con rebajamiento de lo noble y venerable bajo el disfraz de conceptos que se apellida científicos, la cobarde malquerencia de lo eminente y singular a través del refinamiento relativista, la incapacidad de amor, la falta de gusto y el odio demoledor y demagógico al lado de las efusiones humanitaristas y la sofistería de la libertad.

Nada de esto encontramos en las patografías del Profesor Marañón. Muestra lo anormal donde existe y analiza sus repercusiones sobre el destino y la conducta del personaje. Pero no lo reduce todo a insuficiencias endocrinas, ni la consideración de las proclividades le mueve a desadvertir los otros aspectos, superiores, de la mentalidad y la conducta del sujeto. Incluso aquilata con finura el ornamento de ciertas cualidades y sentimientos superiores como el pudor, la ingenuidad y hasta cierto punto la timidez, que no confunde—como a menudo acontece—con la gazmoñería, la simpleza o la poquedad. Y no podía ser de otra suerte, ya que el ilustre maestro tiene un espíritu universal que llega al ápice tanto en la ciencia cuanto en el arte. El estudio de sus personajes — sobre todos el Conde-Duque de Olivares — es obra donde se aduna

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

el talento superior del médico, del psicólogo, del historiador, del literato y del filósofo.

Señor Doctor Marañón :

Hace cinco años recibí la distinción más alta de la insigne y bicentenaria Academia Nacional de Medicina de Madrid. Supe después que vos propusísteis mi nombre. Con profundo reconocimiento y regocijo, hoy me felicito de ser quien os da la bienvenida en nuestra joven Sociedad de Neuro-Psiquitaría y Medicina Legal y quien os ruega que aceptéis el título de Miembro Honorario que ella os ofrece.

El doctor Gregorio Marañón agradeció con el siguiente discurso:

Me honra y me complace muy íntimamente el saberme hoy compañero vuestro. Ya lo era, en espíritu, desde hace mucho tiempo.

La profunda atención con que, desde siempre, he procurado seguir el movimiento científico de América, se concentraba de una manera especial sobre la Neurología y la Psiquiatría. Yo me considero un neurólogo y un psiquiatra frustrado. La vida me encaminó, desde el comienzo de mis estudios, hacia la Anatomía y hacia la Fisiología, contrariando una tendencia, tan remota como mi conciencia, a los estudios psicológicos. Yo me dejé llevar de aquella imposición porque, ya entonces, había leído el libro admirable de Cajal **Reglas y Consejos para la Investigación Científica,** en el que, con visión certera de las cualidades y de los defectos de la raza, recomendaba a los jóvenes una rigurosa disciplina técnica, que compensase la natural propensión de nuestro espíritu a la meditación y a la especulación teórica.

No me pesó aquella decisión. Mi espíritu, demasiado nutrido de un ambiente filosófico y literario, por circunstancias de familia y de ambiente, se reposó en aquellos largos años de actividad, exclusivamente naturalista y metodológica. Y me encontré bien dispuesto a emprender, con tal bagaje sobre los hombros, el camino de mis viejas aficiones.

Pero, de nuevo, la vida me apartó de mi rumbo dilecto. Fuí a Alemania, recién terminados mis estudios universitarios; a Frankfurt; con el propósito de perfeccionar mis técnicas de química biológica y de seguir las enseñanzas de Edinger. Caí en la gran ciudad del Maine en los momentos en que Ehrlich terminaba sus estudios sobre el 606. Conocí a Hata, su colaborador; y por su intermedio al gran maestro de la quimioterapia.

En los comienzos de la era salvarsánica, se suponía que estábamos a punto de resolver el tratamiento de las enfermedades infecciosas. Ehrlich tenía mucho interés en conocer los resultados de su nuevo remedio en la viruela y en el tifus exantemático, enfermedades que, por entonces, existían aún en España. Le prometí ocuparme del problema. Y, como preparación a la empresa, empleé casi todo mi tiempo en el estudio biológico de las infecciones.

Volví a mi Patria, portador del preciado polvo amarillo que aún no se vendía y del que la humanidad esperaba milagros, que, en parte, se cumplieron. Si hubiera querido comerciar con mi pequeño cargamento de 606, me hubiera hecho millonario.

Fracasaron los ensayos en las infecciones exantemáticas. Poco después el gran Nicolle, en Túnez, confirmaba estos resultados negativos. Pero la expe-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

riencia me hizo ahondar en la clínica epidemiológica, y a poco me ví nombrado Director del Hospital de Infecciosos, que, por entonces, se empezó a construir en Madrid.

Dividí mi tiempo, entonces, entre esta labor y el cultivo de mis estudios endocrinos, que inicié de estudiante, en la Sala de Disección y en el Laboratorio de Fisiología; y que ya no había de abandonar. La psiquiatría quedó abandonada.

Pero nunca la olvidé. Cuando, ya maduro, fuí sucedido en la dirección del Hospital de Infecciosos por uno de mis discípulos mejores, el Doctor Manuel Tapia, mi tiempo todo, el presente y el futuro, estaba ganado por la inmensa fecundidad de las doctrinas hormonales, que me arrastraron, como un torrente; y a la verdad, con todo mi entusiasmo y mi adhesión.

Mas, la Endocrinología, la novia que yo me había creado, tenía muchos puntos de contacto con la Neurología y la Psiquiatría. Sus problemas se rozaban constantemente. Y esto me permitió ser fiel a mi mujer legítima y a la vez flirtear a diario con la novia de la juventud.

Nunca he dejado de leer cuanto he podido de las materias psiquiátricas. Y, claro es, el nombre y la obra de todos vosotros me es familiar.

Deesaba algún día estar cerca de vosotros. A través de Honorio Delgado sabía vuestro entusiasmo, vuestro progreso. Con admiración creciente he ido conociendo la obra de Delgado que, ante el mundo os representa. Obra, si, verdaderamente representativa, por su hondura, por su extensión, por la finura de su criterio. Le tengo por uno de los más completos, más humanos y más certeros de todos los psiquiatras actuales. Lo he dicho muchas veces fuera de aquí; el que ahora lo repita no puede sonar a cortesía ni a lisonja.

En él, tienen los médicos y los intelectuales todos del Perú, y de América, un enlace robusto, de rebosante fecundidad, con el mundo universal de las ideas. Es un gran maestro. Y, desde ahora, puede tener la satisfacción, pocas veces alcanzada por los hombres, de ver, mucho antes de morir, la huella honda y perdurable de su paso.

A él y a todos los que con él se afanan por la ciencia del espíritu; por aliviar el dolor de las almas; por crear una Psiquiatría universal y nuestra, de nuestra raza y de nuestra lengua.

A él y a todos, les saludo con sincera admiración y con inquebrantable gratitud y amistad.

HONORIO DELGADO: **Luxación recidivante del hombro en la epilepsia espontánea.**—La luxación del hombro es una de las complicaciones de los ataques epileptiformes provocados por el Cardiazol. El autor la ha verificado en cinco pacientes entre poco más de cien casos tratados por el método convulsivante La manifestación de este accidente es muy rara en los epilépticos. En más de veinte años el relator no ha tenido ocasión de observar sino un caso. recientemente. Se trata de un sujeto asténico, de 32 años, tiene un accidente (ajeno a la epilepsia) que provoca la luxación del hombro derecho. A partir de entonces los ataques suelen complicarse con la luxación de ese hombro. Después se luxan ambos hombros o uno de ellos. Se ha presentado el accidente en el derecho doce veces, en ambos cuatro veces y solo en el izquierdo dos veces.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

GUILLERMO GASTAÑETA: **Luxación recidivante en la epilepsia**.— El autor presenta el caso de un paciente epiléptico en quien los ataques espontáneos se acompañaban de luxación recidivante de la articulación del hombro. Hecho el estudio minucioso de la anatomía del hombro y sus modificaciones por las convulsiones el autor expone la génesis de la luxación recidivante como debida a defecto arquitectural y que corregido éste adecuadamente por la cirugía podíase obtener la no ocurrencia de esta complicación, susceptible de continuarse estudiando. En seguida hace una exposición completa de los diversos métodos quirúrgicos de corrección.

Discusión: Los doctores Arnillas, Loayza y Valega se refirieron a la escasez de accidentes de luxaciones en los ataques de epilepsia espontánea.

El doctor de la Romaña opina por lo mismo y cita casos en que tal como lo ha realizado el doctor Gastañeta, para que no recidive la luxación se debe corregir precozmente el defecto que lo permitió, pues puede no deberse al ataque mismo sino a causas externas tal como la posición en el momento de la convulsión.

El doctor Gutiérrez-Noriega refiere que la mayor parte de luxaciones de la mandíbula observadas por él en el tratamiento por Cardiazol, se verificaron en sujetos de tipo leptosomo; en los pícnicos las luxaciones son más raras.

El doctor Gastañeta señala la importancia de estudiar y comparar el desarrollo de las convulsiones espontáneas y cardiazólicas observando la fuerza con que los grupos musculares extensores y flexores de las diversas partes del cuerpo se contraen en las dos fases: tónica y clónica del ataque y del momento cuando se producen las luxaciones, frecuentes en la cardiazolterapia y rara en la epilepsia.

El doctor Trelles se refiere a los estudios verificados en ambos tipos de crisis epileptiformes, señalando la similitud de ambas, y lo difícil de apreciar la crisis espontánea íntegra en un film, prometiendo vistas a la pantalla en que pueda el doctor Gastañeta inferir conclusiones respecto al problema planteado.

LUIS SUAREZ y MARIO MENDEZ: **Caso clínico de ataxia frontal.** — Observación de un niño de cuatro años de edad, afecto de un proceso pleuropulmonar tuberculoso, en el que hace tres meses y medio aparecen ataques de epilepsia Bravais-Jacksoniana y crisis de desviación de los ojos; posteriormente se instalan de manera paulatina trastornos motores, impotencia funcional absoluta en el miembro superior izquierdo, incoordinación en el miembro inferior del mismo lado; ausencia de trastornos sensitivos. Se observa aumento de la incoordinación por la oclusión de los ojos solamente en los momentos que preceden o siguen a las crisis convulsivas. La influencia de la supresión de las excitaciones ópticas es muy grande cuando la cabeza se encuentra flexionada, muy discreta y fugaz con la cabeza erguida. La lesión, posiblemente un tumor, comprometería además de la frontal ascendente los pies de inserción de la primera y segunda circunvoluciones frontales horizontales lo que daría lugar a la incoordinación. La participación de las excitaciones luminosas y la influencia de la posición cefálica en la regulación del tono parece demostrada, igualmente se reconoce que el lóbulo frontal juega un rol en la conservación armónica del tono muscular, posiblemente en relación con los

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

centros posturales; lo que induce a pensar que el aumento de la incoordinación motora en las condiciones indicadas, puede depender de perturbaciones en la distribución de las influencias tonígenas de origen frontal, condicionadas por la supresión de las influencias ópticas y la posición cefálica, y que son las modificaciones regionales que acompañan a la crisis convulsiva las que han permitido al trastorno latente hacerse más manifiesto.

Discusión: El doctor Gastañeta pregunta por qué no se hizo ventriculografía.

El doctor Méndez explica la oposición de los familiares a la obtención de este dato clínico que hubiera corroborado el diagnóstico del caso, cuya sintomatología por lo demás era franca.

C. GUTIERREZ-NORIEGA: **El shock hipoglicémico en los gatos descerebrados.**—Estudio del efecto de la insulina (15 a 20 u.u. por kilogramo) en 10 gatos descerebrados. Se demuestra que las convulsiones y otras reacciones motoras (movimientos de natación) que se producen en el shock son principalmente de origen mesencefálico, y que la pérdida de los reflejos de defensa y rectificación—también de origen mesencefálico—constituyen muy importantes factores del coma. En los gatos protuberanciales no fué advertida ninguna modificación especial por fuertes dosis de insulina. Se observó también que los gatos mesencefálicos pueden presentar, lo mismo que los esquizofrénicos en el curso del tratamiento de Sakel, reacciones predominantemente motoras (excitación general y convulsiones) en unos casos, y en otros reacciones depresivas (sueño profundo y coma). También se observó lo mismo que en la clínica, una fuerte excitación inicial seguida de depresión. Los ataques epileptiformes de los gatos mesencefálicos y talámicos se acompañaron de midriasis.

C. GUTIERREZ-NORIEGA: **Efectos de la destrucción progresiva del tronco encefálico sobre la intensidad de las reacciones epiléptica y vascular del Cardiazol.**—El Cardiazol determina un estado de hiperexcitabilidad general del sistema nervioso que luego se deriva por aquellos centros que participan directamente en la reacción epiléptica—principalmente los centros motores y vasomotores—los cuales actúan como verdaderas vías finales comunes de los impulsos epilépticos. La prueba de la participación de todo el tejido nervioso, y nó de un sólo centro o grupo de centros, en el ataque epiléptico, está en qué la intensidad de dicho ataque disminuye cuando se extirpa una parte del tejido cerebral o del tronco encefálico. El autor observa que las convulsiones son progresivamente menos intensas a medida que se hace una destrucción mayor del tronco encefálico. Los animales talámicos tienen convulsiones más enérgicas que los mesencefálicos, y éstos más intensas que los protuberanciales. En los animales bulbares se registran las convulsiones más débiles. Al mismo tiempo, es necesario aumentar la dosis de Cardiazol en relación a la cantidad de tejido del tronco cerebral destruída. La misma observación fué establecida con respecto a la hipertensión arterial que se origina durante las convulsiones. En una serie de 14 gatos descerebrados se obtuvo el resultado siguiente: el aumento de presión, determinado con el manómetro de Ludwig, fué de 3, 13 en los bulbares; 4, 4 en los protuberanciales; 6, 7 en los mesencefálicos inferiores (corte transverso entre los tubérculos cuadrigéminos su-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

periores e inferiores); y de 10, 8 en los mesencefálicos completos (o sea con mesencéfalo intacto). Además, el status epilepticus motor y el status epilepticus vascular, que se producen por altas dosis de Cardiazol, disminuyen en intensidad y duración en relación directa a la magnitud de la ablación troncoencefálica. El autor sugiere la interpretación de estos hechos según la idea de Lashley de una relación entre la cantidad de tejido nervioso y la función y sugiere la hipótesis de una derivación del estado de hiperexcitabilidad de diferentes centros hacia los centros vasoconstrictores del bulbo. Si no fuera así se tendría que aceptar la existencia de múltiples centros vasoconstrictores a lo largo del tronco cerebral.

Discusión: El doctor Lastres señala la hipertensión por afecciones hipofisarias y suprarrenales.

El doctor Delgado felicita al doctor Gutiérrez-Noriega por estos importantes trabajos experimentales que se suman a otros varios del mismo autor y que tienden a dar luz sobre la génesis y mecanismo de la epilepsia.

J. O. Trelles.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

INFORMACION

CONGRESOS CIENTIFICOS

Tercer Congreso Internacional de Neurología

(Copenhague, 20-25 de agosto de 1939).

Después del éxito alcanzado por los primeros Congresos de Neurología, reunidos en Berna y en Londres hace ocho y cuatro años respectivamente, la elección de Copenhague como sede de esta tercera reunión internacional contemplaba el importante lugar que los especialistas daneses han alcanzado en la ciencia neurológica contemporánea. Además, Copenhague tiene un considerable encanto turístico; antigua sede del reinado de los tres países escandinavos, privilegiada con la erección de los más antiguos e importantes monumentos históricos de la región nórdica de Europa. Extendiéndose los límites de la monarquía danesa hasta el reinado de Federico II, desde el North Cape al Elba, conserva los bellos castillos eregidos por sus reyes con la idea inicial de cobrar el tributo de tránsito por sus mares, y luego la de que aquellos estuvieron a la altura de su monarquía.

Veintitrés países estuvieron representados, algunos por delegaciones numerosas. De la América del Sur, estuvieron representados la Argentina, por el Prof. Balado y el Dr. J. Christiensen, y el Perú, por el Dr. J. Voto Bernales.

La inauguración del Congreso fué precedida en la noche del 20, por una comida que los especialistas daneses ofrecian informalmente a las delegaciones extranjeras. Tuvo lugar este agasajo en el Nimpf, elegante restaurant del centro de la ciudad y concurrieron la mayor parte de los delegados, llegados con alguna anticipación: reunión sencilla sin ofrecimiento oficial, y en la que fueron iniciados los delegados en la típica cena danesa, en que los comensales rodean las mesas donde están servidas fuentes con alimentos fríos, de los que se sirve cada uno personalmente.

En la mañana del 21, a las 9, fueron inauguradas oficialmente las sesiones del Congreso, ante la presencia de S. M. el Rey de Dinamarca e Islandia, quien ingresó a la Universidad acompañado del Primer Ministro y del Vice-Canciller, siendo recibidos por el Prof. Vigo Christiansen, Presidente del Congreso, y por el Dr. Knud H. Krabbe, Secretario General. La orquesta dejó escuchar el himno nacional danés, ocupando luego la tribuna central el Prof. Christiansen, quien declaró inaugurado el Congreso en un breve discurso, en el que hizo notar la importancia de los temas que serían tratados en las próximas sesiones. El señor Vihl. Buhl, Primer Ministro del Reino, dió la bienvenida oficial a todos los delegados, y finalmente el Vice-canciller, Prof. Paul Andersen, expresó a las delegaciones extranjeras sus mejores augurios. S. M. el Rey se retiró en seguida del local de la Universidad, sede del Congreso.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

La Comisión Organizadora del Congreso había distribuído entre los miembros activos y pasivos, unas bellas piezas de porcelana real danesa, con la cinta rojo y blanco de su bandera. Sobre cada una de ellas un pequeño cartón con el nombre de cada miembro y de su país, permitía el fácil conocimiento de todos. El programa se presentó diferentemente para los miembros activos y pasivos, comprendiéndose entre los últimos las familias de los activos y los miembros no médicos. Así en las horas de sesiones científicas, podían los miembros pasivos visitar diferentes lugares de la ciudad.

El local de sesiones fué el aula magna de la Real Universidad de Copenhague, sala de altos muros que guardan magníficas pinturas de Marstrand, con escenas de la historia de la dinastía real. En el hall de entrada, las editoriales médicas danesas habían puesto a la disposición de los delegados, toda su producción bibliográfica especializada. Las oficinas de informaciones funcionaban permanentemente, y había una sala de redacción instalada para el servicio de los delegados.

En la sala de sesiones estaban dispuestos, a un lado la mesa de la Presidencia y, al frente, el pequeño estrado para los relatores. Sobre él estaban colocados al lado del micro un foco verde, un foco rojo y un pequeño timbre. Los focos y el timbre eran accionados por el Secretario de atenciones de la Presidencia—diferentes médicos daneses en cada sesión—la luz verde era encendida a los 19 minutos, la luz roja a los 20 minutos, y el timbre sonaba un minuto después intermitentemente hasta que terminase el relator. Para los congresistas no relatores oficiales, esta reglamentación obraba a los 10 minutos. En uno de los salones de la Universidad, se encontraba la exposición de dibujos, radiografías y toda clase de documentos complementarios de los relatos cuyo tiempo era forzosamente limitado.

La primera sesión presidida por el Prof. van Bogaert, fué dedicada al tema "El sistema endocrino-vegetativo, con especial referencia a la Neurología". Fueron leídos por sus autores los relatos oficiales de Sir H. Dale, del Prof. Laruelle, del Prof. Fulton, de los Profesores Gagel y Foerster, y del Dr. Forsberg. En la breve discusión que siguió a la presentación de estos trabajos, el Prof. Donaggio manifestó haber alcanzado resultados semejantes a los del Prof. Laruelle, en la identificación de las cadenas vegetativas medulares y bulbares. El Prof. van Bogaert, resumió luego inteligentemente las aportaciones presentadas en la sesión.

El programa de la sesión de la tarde se desarrolló bajo la presidencia del Prof. Pette, de Hamburgo. Excepción hecha de los trabajos, todos los programados fueron leídos, siguiéndose un breve comentario sobre la eventual asociación de hipertiroidismo agudo y tumor suprasellar, sobre la que había presentado una comunicación el Dr. Linell.

El segundo tema oficial "Las enfermedades heredo-familiares, especialmente en su aspecto genético", fué motivo de los relatos oficiales del segundo día del Congreso, presidiendo la sesión matinal el Prof. A. Baudouin, Presidente de la delegación francesa. Los Profs. Sachs, Jonesco-Sisesti y Stroesco, Curtius y Schaffer dieron lectura a sus relatos y el Prof. Barré leyó el trabajo del Prof. André-Thomas, ausente. Los Drs. Mollaret y Curtius hicieron algunas atingencias en cuanto a las dificultades de la aplicación de las leyes de Mendel, a la genética de las enfermedades nerviosas heredo-familiares. Con-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

cluyó la sesión con las palabras del Prof. Baudouin, sobre los interesantes aspectos de la genética de las enfermedades nerviosas heredo-familiares, tema en que deben compartir el médico y el biólogo. El Prof. Buscaino presidió la sesión de la tarde, cuyo programa estuvo bastante recargado de trabajos libres sobre el mismo tópico.

En la noche del 21, tuvo lugar el gran banquete ofrecido por la comuna de Copenhague, en la Raadhuset. El gran hall, adornado con las banderas de los países representados en el Congreso, presentaba un magnífico aspecto. Después de escuchado el ofrecimiento del agasajo hecho por el Sr. Burgomaestre, el Dr. Gordon Holmes respondió agradeciendo en nombre de las delegaciones. En los grandes salones de ese hermoso edificio, se hallaba servido el buffet a la moda danesa, siguiéndose el banquete de un animado baile.

El miércoles 22 no se realizaron sesiones científicas, pues estaba programada una excursión a Kronborg y a Frederiksborg, famosos castillos situados al norte de Copenhague. Siguiendo el camino de la costa del Oresund, donde se encuentran elegantes residencias de verano y numerosos establecimientos balnearios, se llega a Helsingor, lugar donde se halla Kronborg, en el que como es sabido ubicó Shakespeare el desarrollo de su Hamlet. Desde la introducción del Sound Duty por Erik de Pomerania en 1430, fué necesaria la erección de una fortaleza para controlar la ruta entre el Mar del Norte y el Báltico. A esta primitiva intención, se añadieron en épocas sucesivas los proyectos de algunos soberanos daneses, que ordenaron la construcción de las diversas partes de que consta actualmente esta joya del renacimiento neerlandés y del renacimiento alemán en sus posteriores edificaciones. Aunque su historia es larga y comprende tres períodos, data principalmente del reinado de Federico II, en el siglo XVI. Breve distancia separa este castillo de Frederiskborg, donde se llega dejando la costa. Frederiskborg fué mandado edificar por Christian IV en épocas posteriores, es de estilo renacimiento alemán. Guarda una rica pinacoteca en que se encuentran inmortalizados hombres y hechos famosos de la historia de Dinamarca. En la capilla del castillo, esmeradamente cuidada, se halla aún el viejo órgano, cuya música fué permitido escuchar en homenaje a los visitantes. Luego, elegida la extensa avenida real, para el regreso, nos fué posible conocer otros aspectos urbanos de los alrededores de Copenhague, incluso sus casas para obreros, obra de asistencia social que data de 300 años.

Los numerosos e interesantes trabajos que no correspondían a los tres temas oficiales del Congreso, fueron distribuídos en las sesiones del día 24 en varias secciones de trabajo simultáneo. La sección de Anatomía y Patología sesionó bajo la presidencia del Prof. Donaggio y del Prof. Brouwer, en la mañana y en la tarde respectivamente. La de Fisiología y Patología Experimental fué presidida por los Profs. Fulton y Antoni; la de Clínica Neurológica por los Prfs. Brunnschweiler y Fabritius; las sesiones de la sección de Terapéutica fueron presididas por el Prof. Puusep. El Dr. Schou, Secretario de la Liga Internacional contra la epilepsia, desempeñó la presidencia de la sección sobre este tópico. En la sección de Neuro-cirujía figuraban igualmente numerosos trabajos de interés. Esta distribución de las comunicaciones en diferentes secciones, de funcionamiento simultáneo, fué muy bien comentada, pues permitió la presentación de todas ellas, que de otro modo hubiera sido imposible.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

En la noche se realizó el gran banquete oficial del Congreso, en el Odd-Fellow Palace. Habló en primer término el Br. J. Fraudsen, y luego entre grandes aplausos, tomó la palabra el Prof. Christiansen, verdadero porta estandarte de la Neurología danesa, quien agradeció emocionadamente la concurrencia de las delegaciones. El Prof. Pette precedió luego en el uso de la palabra a Sir H. Riley, quien rindió homenaje a los reputados neurólogos desaparecidos desde la organización de los congresos de Berna y de Londres, recordando el interés que demostraron por el progreso de la ciencia neurológica. Finalmente el Prof. Baudouin hizo votos por que el esfuerzo de todos, contribuyera a fundamentar una esperanza de paz firme e inalterable entre las naciones representadas. S. M. el Rey, envió una comunicación cablegráfica, en la que expresaba su simpatía por la reunión que se llevaba a cabo; dando enseguida lectura el Dr. Krabbe, a los cables de excusa enviados por los delegados impedidos de concurrir al Congreso.

Delegados Sud-Americanos al Tercer Congreso Internacional de Neurología, Copenhague (20-25 de agosto de 1939). De izquierda a derecha: Dr. Jorge Voto-Bernales (Perú), Dr. J. C. Christiensen (Argentina) y, Profesor Manuel Balado (Argentina).

Finalmente el viernes 25 se realizaron las últimas sesiones, y también la gran asamblea que debía acordar la sede del próximo Congreso. La sesión de la mañana fué presidida por el Prof. Monrad Krohn, siendo el tema oficial "aspectos neurológicos de la Avitaminosis con especial referencia al sistema nervioso periférico". Este tema había sido dividido para diferentes ponencias; en primer lugar "las investigaciones sobre la composición química de las vitaminas conocidas y resultados sobre su influencia en el Sistema Nervioso Central". Por ausencia del Prof. Mellanby solamente fué leída la ponencia del Prof. Riquier, ilustrada con una cinta cinematográfica. En segundo lugar el Dr. Weschler dió lectura a su relato sobre "las avitaminosis en clínica neurológica, con especial referencia a las polineuritis". El Prof. Monrad Krohn dió luego lectura a la comunicación del Dr. Unglez sobre el mismo punto. En tercer lugar fué leído el trabajo presentado por el Dr. Stubbe Teglbjoerg, ausente. El Prof. Monrad Krohn resumió luego las diferentes cuestiones planteadas

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

por este tema oficial, cuya sugestión es grande y que presenta problemas para cuya solución animaba a seguir laborando a los neurólogos. Fueron leídas en seguida algunas de las comunicaciones libres anunciadas hasta las 12 y 30 en que se dió comienzo a la Asamblea General. Presidida la Asamblea por el Prof. Christiansen, escucharon los delegados la moción de los Vice-presidentes del Congreso, que opinaban por la designación de París como sede del próximo congreso que debía tener lugar el año 1943. El Prof. Baudouin agradeció en nombre de los neurólogos franceses el honor discernido a París, que era depositaria de la tradición neurológica de Charcot, Dejerine, Duchenne de Bologne y otros ilustres desaparecidos. Al cumplimentar a la Comisión Organizadora del presente Congreso por el éxito que habían alcanzado, manifestó la voluntad de que disponían sus colegas franceses de seguir las mismas pautas en la organización del próximo congreso. Finalmente en la sesión de la tarde, el Dr. Riley presidió la presentación del resto de trabajos libres sobre el problema de las vitaminas en neurología.

En esta forma fué cumplido el programa cuidadosamente elaborado por la Comisión Organizadora del III Congreso Neurológico Internacional. Fué apreciada por todos los delegados la forma excelente como había sido llevada a cabo, y las palabras del Presidente de la Delegación Francesa elogiadoras de tal organización, fueron intérpretes del unánime sentir.

Los tres temas oficiales encargados a los relatores, y de los que nos ocupamos en seguida, fueron examinados por ellos con el interés que se merecían. No era posible sin embargo alentar esperanzas de conclusiones de extraordinario valor positvo, dada la complejidad de estos problemas y su relativa novedad, pues forman indudablemente entre los que ocupan la atención del mundo neurológico. Es de señalar el éxito representado por la concurrencia de delegados de 23 países, quienes, pese a las circunstancias especialmente anormales por las que ya era previsible que atravesaría el mundo, no quisieron restar su importante concurso.

Ciertamente que hubiera sido muy provechosa una mayor discusión de los relatos y de las comunicaciones. Puede decirse que no hubo discusión alguna, pues en las escasas ocasiones en que algún delegado tomó la palabra fuera del tiempo de su exposición, lo hizo para presentar ligeras atingencias. Si ello es de un lado, testimonio de la excelencia de los trabajos encomendados a neurólogos de destacado prestigio, nos parece también que pueda estar en relación con las dificultades de la traducción personal de los diferentes idiomas empleados por los delegados.

LOS TEMAS DEL CONGRESO.

Los trabajos presentados sobre el primer tema oficial, es decir, sobre **"El sistema endocrino-vegetativo y su importancia en la Neurología"**, estudiaban el tema desde diferentes puntos de vista. De una parte el Dr. Dale se ocupó de las sustancias químicas trasmisoras del influjo nervioso recordando las investigaciones que demostraban la acción de la acetilcolina y la simpatina, mediando en la conducción de los impulsos nerviosos vegetativos, tanto postganglionares como aún preganglionares. Contempló luego la producción de esas

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

sustancias, concluyendo en que tal relación endocrino-vegetativa no era actualmente bastante clara, siendo necesaria la prosecución de los estudios. De otra parte, el Dr. Laruelle desarrolló sus conclusiones en el estudio de las bases anatómicas del sistema nervioso vegetativo. Basándose en cortes longitudinales teñidos en forma muy demostrativa, ha logrado comprobar una sistematización fácil e interesante de centros y cadenas vegetativas medulares y bulbares, en la que seguramente ha obtenido mejores resultados que los alcanzados en anterioridad. Incluso ha podido hallar hacia el tercio inferior del haz solitario, un núcleo particular de células voluminosas, que cree relacionado con los reflejos respiratorios bulboespinales. El relato del Prof. Fulton se encaminaba a resolver la interrogante, de que si en los núcleos de función autónoma pueden demostrarse centros para las glándulas endocrinas. Con este objeto hizo un repaso de las adquisiciones hechas sobre la inervación vegetativa de algunas glándulas de secreción interna, y sobre la gran regulación central diencefálica. Concluyó por manifestar que permanecía en estudio, el problema de las relaciones entre la corteza cerebral y las glándulas endocrinas. El trabajo de los Profs. Gagel y Foerster, comprendía todo lo relativo a las correlaciones hipofiso-diencefálicas en la función reguladora de los diferentes mecanismos endocrinos, y a los esquemas de la patología endocrina considerados en función de ese sistema regulador. Finalmente, el relato del Dr. Forsberg, estaba dedicado al estudio de la regulación endocrina de la función muscular, con deducciones en las miopatías.

Realmente que es considerable la importancia de los trabajos anatómicos del Dr. Laruelle, verdadera aportación original al tema. Los otros interesantes relatos, descubrieron las numerosas interrogantes que quedan aún planteadas en el estudio de las correlaciones neuro-endocrinas, tanto en lo relativo a los medio y vías como esa mutua influencia se lleva a cabo, como en cuanto a la regulación primordial de todos esos mecanismos en los niveles más diferenciados. La difícil etapa córtico-hipotalámica, se mantiene como la más inaccesible.

El segundo tema oficial lo constituían **"Las enfermedades nerviosas hereda-familiares, especialmente en relación a su genética"**. Este segundo tópico mereció la aportación de trabajos de gran aliento, en todos los que fué interesante observar una tendencia de síntesis que es favorable índice para su conocimiento. El análisis extremado en los casos de enfermedades nerviosas hereditarias había llevado su diferenciación anatómica y sintomatológica lo suficientemente lejos, como para hacer necesario el establecimiento de lazos unitivos entre las diversas entidades y pseudoentidades propuestas. Se ha intentado en los trabajos presentados en esta ocasión, a establecer tres condiciones de unidad entre ellas. Una que olvida las diferencias sustentadas en cuanto al segmento del eje encéfalo-medular que puede ser indiferentemente asiento de la degeneración nerviosa. En segundo lugar la ocurrencia de las más diversas formas de enfermedades nerviosas degenerativas, en una misma familia con tara degenerativa, significa otro factor de unidad no menos importante. Y, finalmente, la observación de cierta precoz aparición de las mismas enfermedades en generaciones sucesivas, señalada por Jonesco, establece otro criterio de unificación ,esta vez entre las formas clínicas de épocas diferentes de la vida. Este esfuerzo de síntesis, como decimos, se observó en el relato de los

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

ponentes, significando una orientación de la que la ciencia neurológica aprovechará enormemente. Puede decirse que se han sentado las bases de una nueva y más justa apreciación de la nosología de las enfermedades nerviosas hereditarias.

"Avitaminosis y sus problemas, en relación especial con el sistema nervioso periférico", era el tema de grande actualidad propuesto oficialmente en el Congreso, en tercer lugar. Diferentes aspectos de este moderno estudio, habían sido encomendados separadamente : Los hechos experimentales sobre las lesiones nerviosas producidas en cuadros carenciales, y luego la clínica de las manifestaciones neurológicas de etiología hipovitamínica, y la terapéutica con vitaminas en las enfermedades del sistema nervioso. En el órden experimental el Dr. Mellanby (ausente) comunicó sus resultados en las avitaminosis B1 y en las avitaminosis B6, de carácter epileptógeno, así como las que había obtenido en sus delicados trabajos de avitaminosis A, capaz de determinar lesiones nerviosas genuinas y también secundarias a lesiones óseas peri-nerviosas. El trabajo del Dr. Riquier, también sobre avitaminosis experimental, fué ilustrado con una proyección cinematográfica. Los Drs. Weschler y Uungley comunicaron las conclusiones de su vasta experiencia en polineuritis, en cuya gran mayoría habían descubierto determinismo carencial de su etiología. En el aspecto terapéutico, el Dr. Stubbe Teglbjoerg remarcó los requerimientos cotidianos vitamínicos B1 y C, mayormente importantes en el mantenimiento de un normal estado del tejido nervioso, llamando la atención sobre este carácter profiláctico que debía considerarse preferencialmente.

En resumen, pudo apreciarse que existía acuerdo en cuanto a la responsabilidad carencial de varios síndromes nerviosos, sobre todo periféricos, ligados hasta ahora a una etiopatogenia que descuidaba ese factor. Igualmente se manifestó unánime la conveniencia de no olvidar por entusiasmos unilateralizados, la compleja y variada influencia de las vitaminas sobre el sistema nervioso. Pero ni el mecanismo de su acción protectora o curativa en algunos casos, ni la identificación de todas las vitaminas necesarias en conjunto y separadamente para cada estructura, son hasta ahora otra cosa que renovados incentivos de investigación.

De los trabajos libres sobre cada tema oficial, y de los presentados en las secciones independientes, no intentamos hacer un resumen o comentario. Ellos podrán apreciarse en el Boletín del Congreso enviado oportunamente.

Jorge Voto-Bernales C.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

ECONOMIA DE LA REVISTA

Precio del número en Lima	S/.	2.50
En provincias	„	3.00
Suscripción anual en Lima	„	10.00
Suscripción anual en provincias	„	12.00

Lugar de venta en Lima:

IMPRENTA GIL, S. A. — JUNIN No. 459

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Empresa Periodística S. A.-LA PRENSA

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Lazarte Echegaray